

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут педагогіки і психології
Кафедра соціальної роботи і менеджменту соціокультурної діяльності

Царенко Валерія Юріївна

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність: 231 Соціальна робота

Галузь знань: 23 Соціальна робота

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:

_____ О.В. Гончаренко
кандидат педагогічних наук, доцент,
старший викладач кафедри соціальної
роботи і менеджменту соціокультурної
діяльності

«___» _____ 20__ року

Виконавець

_____ В. Ю. Царенко
«___» _____ 20__ року

Суми – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Медико-соціальна робота як вид мультидисциплінарної професійної діяльності: визначення основних понять та змістове наповнення	7
1.2. Медико-соціальні аспекти здоров'я в законодавстві України	17
1.3. Зміст медико-соціальної роботи з різними категоріями пацієнтів у закладах охорони здоров'я	26
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	36
2.1. Дослідження самооцінки стану здоров'я населення та потреби в отриманні допомоги медико-соціального характеру	36
2.2. Рекомендації щодо оптимізації різних напрямів медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я	43
2.3. Урахування гендерного підходу до медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я	49
Висновки до розділу 2	58
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблеми здоров'я населення та сфери його охорони належать до числа як локальних, так і глобальних проблем. Вони мають життєво важливе значення як для кожного індивіда окремо, так і для всього людства в цілому. Здоров'я населення є одним з основних чинників досягнення національної безпеки, соціально-економічного процвітання і благополуччя держави у цілому, а хороший стан індивідуального та громадського здоров'я є запорукою гармонічних відносин у суспільстві.

Усе частіше представники медицини, соціології, психології, філософії та інших наук актуалізують соціальну складову здоров'я людини, пов'язаної із суспільством та усіма елементами його структури. Результати вивчення залежності здоров'я людини від різних детермінантів доводять, що лише на 10% воно обумовлене рівнем розвитку і станом системи охорони здоров'я у конкретному суспільстві. Решта 90% детермінантів здоров'я припадає на умови середовища (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на спосіб життя (50%) [62, с. 33].

У зв'язку з цим, проблема здоров'я людини перестала бути турботою лише лікарів і медичних закладів. Сьогодні до процесу попередження і подолання захворювань активно долучаються фахівці соціальної сфери, а до наукового обігу вже міцно увійшли такі терміни, як «медико-соціальна допомога», «медико-соціальна робота», «соціальна робота в сфері охорони здоров'я» тощо. Реалії сьогодення підтверджують, що становлення соціальної роботи у сфері охорони здоров'я зумовлено погіршенням показників здоров'я населення і посиленням медико-соціальних проблем у суспільстві, які необхідно розв'язувати на якісно новому професійному рівні.

Наразі сфера охорони здоров'я виступає одним із найпотужніших секторів для професійної самореалізації соціальних працівників. Будучи професією прикладного характеру, соціальна робота за головну мету визначає турботу про благополуччя особистості, сім'ї, спільноти,

суспільства. Відповідно до цього, соціальну роботу розглядають як особистісну службу допомоги людям, до фахівців якої сучасне суспільство висуває особливі вимоги, обумовлюючи таким чином характер професійної спрямованості.

Отже, сфера охорони здоров'я представляє собою один із найпотужніших секторів для професійної самореалізації соціальних працівників. Проте, незважаючи на соціальну затребуваність і практичну спрямованість, в Україні діяльність соціальних працівників у медичних закладах є ще рідкісним явищем, що обумовлює об'єктивну потребу у вивченні питань медико-соціальної роботи в різних сферах охорони здоров'я (профілактика захворювань, збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, надання кардіологічної, наркологічної, онкологічної, психіатричної та інших видів спеціалізованої допомоги).

Аналіз актуальних досліджень показав, що дослідження зв'язку соціального і медичного аспектів здоров'я населення є доволі актуальною в сучасній науці. Так, соціальні основи медичної науки та проблеми здоров'я населення висвітлюють науковці Ю. Вороненко, Л. Прус та А. Чуйко [3], І. Лукянова [35], О. Мартиненко [37], І. Маруненко та О. Тимчик [62], Ю. Шуригіна [72; 73] та інші. Законодавче забезпечення системи охорони здоров'я вивчають І. Зима [25], Р. Майданник [36], В. Москаленко з авторами [41], Т. Попченко [51] та інші. Питання медико-соціальної складової у роботі соціальних працівників і проблему їх підготовки досліджують О. Гончаренко і А. Полянничко [9; 10], Є. Грищенкова [12], Д. Данко [15; 16], М. Кандиба [28], Л. Клос [57; 59], В. Поліщук [49; 50], В. Тищенко [61], Л. Тютті та І. Іванової [64], Є. Холостова [69] та інші. Гендерні аспекти сфери охорони здоров'я досліджують Т. Бендас [6], М. Маєрчик з авторами [5], М. Левчишина з А. Острополец [34], Н. Рингач [54], О. Ярська-Смирнова з авторами [58], А. Тугаров і У. Петряшкіна [63] та інші. І хоча досліджуване питання представлене досить широким колом наукових доробків, проблема організації медико-соціальної роботи в сфері охорони

здоров'я потребує більш ґрунтового вивчення.

Узагальнення і систематизація наукової літератури дозволяють констатувати доцільність вивчення питань здоров'я населення та здійснення відповідними фахівцями медико-соціальної роботи. Отже, актуальність проблеми медико-соціальних аспектів охорони здоров'я та недостатнє її висвітлення у науковій літературі зумовили вибір теми дипломної роботи **«Організація медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я»**.

Мета дослідження: висвітлення проблеми організації у сфері охорони здоров'я медико-соціальної роботи.

Відповідно до поставленої мети були визначені наступні **завдання** дипломного дослідження:

1. Схарактеризувати сутність медико-соціальної роботи як різновиду мультидисциплінарної професійної діяльності.
2. Проаналізувати законодавчу та правову основу медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я.
3. Висвітлити зміст медико-соціальної роботи з різними категоріями пацієнтів у закладах охорони здоров'я
4. Експериментально дослідити питання потреби населення в отриманні допомоги медико-соціального характеру.
5. Розробити пропозиції щодо оптимізації роботи з пацієнтами на різних етапах медико-соціальної роботи, в тому числі з урахуванням гендерного підходу.

Об'єкт дослідження: медико-соціальна робота як напрям професійної діяльності соціальних працівників у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження: медико-соціальна робота з різними категоріями пацієнтів у закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети були використані *теоретичні* (аналіз синтез, узагальнення матеріалів наукової літератури з проблематики статі) та *емпіричні методи* (анкетування, обробка

й інтерпретація дослідницьких даних, узагальнення результатів дослідження).

Організація дослідження. Дослідження потреби населення в отриманні медико-соціальної допомоги проводилося протягом 2020 року.

Наукова новизна полягає у тому, що на основі вивчення концептуальних і практичних засад щодо організації медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я: здійснено комплексний аналіз медико-соціальної роботи як виду мультидисциплінарної професійної діяльності; проаналізована законодавча та правова основа медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я; узагальнено позитивний закордонний і вітчизняний досвід щодо організації медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я; дістало подальшого розвитку технологічне забезпечення медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я з різними категоріями пацієнтів, зокрема з урахуванням гендерного підходу.

Практичне значення роботи: результати дослідження можуть бути використані у підготовці майбутніх соціальних працівників до роботи у сфері охорони здоров'я, фахівцями медичних і соціальних установ.

Апробація результатів і публікації. Основні результати дослідження викладено у тезах «Гендерний підхід до медико-соціальної роботи» до міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний, європейський та національний виміри змін» (Суми, СумДПУ імені А.С. Макаренка, 23-24 квітня 2020 р.); тезах «Соціальна робота у сфері охорони здоров'я» до II міжнародної науково-практичної конференції «Освіта для XXI століття: виклики, проблеми, перспективи» (Суми, СумДПУ імені А. С. Макаренка, 12-13 листопада 2020 р.).

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (74 найменування), додатків. Загальний обсяг дипломної роботи складає 76 сторінок друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Медико-соціальна робота як технологія соціальної роботи і вид мультидисциплінарної професійної діяльності

Здоров'я людини є предметом вивчення багатьох природничих і суспільних наук – біології, медицини, соціології, психології, філософії та ін. У сучасному науковому обігу дослідники нараховують понад 400 трактувань поняття «здоров'я».

Як зазначають Ю. Бойчук, І. Маруненко, О. Тимчик, Г. Холмогорова та ін., проблема здоров'я та його збереження споконвічно цікавили людство. Це питання вивчали вже у давніх суспільствах. Зокрема, давньокитайські лікарі відносили здоров'я людини до багатства, яке не цінується при наявності і оплакується при втраті. «Батько медицини», давньогрецький лікар Гіппократ також уважав здоров'я найбільшою цінністю людини, стверджуючи, що «здоровий бідняк щасливіший за хворого короля» [68, с. 71].

Давньоримський філософ Цицерон характеризував здоров'я як правильне співвідношення різних щиросердечних станів. Середньовічний персидський вчений, філософ і лікар Авіценна стверджував, що головним скарбом життя є здоров'я, і щоб його зберегти, потрібно багато знати. Німецький лікар М. Петтенкофер безпечних по відношенню до свого здоров'я людей уподібнював до марнотратників, яким випадково дісталася спадковість, а здоров'я людини називав її «золотим запасом» [27, с. 35].

Наразі, здоров'я визначають як природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін (за Калью). Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (спадкових і набутих) і соціальних факторів. Саме ці фактори відіграють важливе значення в підтримці стану здоров'я, розвитку хвороби тощо. В. Лищук тлумачить здоров'я як здатність організму

протидіяти хворобі та іншим порушенням; розширювати умови повноцінної життєдіяльності; розширювати і підтримувати рівень життєвих цінностей; розширювати пізнавальну сферу, інтелектуальні можливості, підвищувати морально-етичний рівень соціуму, протидіяти деструктивним змінам [62, с. 276].

У свою чергу К. Роджерс сприймає здорову людину як рухливу, відкриту. Така людина живе в кожен новий момент життя, добре пристосовується до мінливих умов, терпима до інших, емоційна і рефлексивна. Згідно К. Ясперсу, психіатри розглядають здоров'я як здатність реалізувати «природний вроджений потенціал людського покликання». Ф. Перлз розглядає людину як єдине ціле, вважаючи, що психічне здоров'я пов'язане зі зрілістю особистості, яка виявляється в здатності до усвідомлення власних потреб, конструктивної поведінки, здорової адаптивності й уміння приймати відповідальність за самого себе.

Узагальнюючи різні підходи до трактування поняття «здоров'я», дослідник Ю. Бойчук виділяє шість основних типів сутнісних елементів його визначення: 1) здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; 2) здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; 3) здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; 4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; 5) відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; 6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя [2, с. 6].

Проте, найбільш уживанішим є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (Статут ВООЗ, 1948 р.), яке розглядає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів». Таке тлумачення поняття «здоров'я», на думку деяких авторів, є найбільш чітким, зрозумілим, повним, оскільки воно пов'язане з біологічними, соціальними та психологічними аспектами даної проблеми. Проте, прийняте ВООЗ визначення не повністю

задовольняє науковців-валеологів, оскільки в ньому не відображені три принципово важливих положення: динамічність здоров'я, його енергетичне забезпечення та реактивні властивості організму здорової людини.

Тому валеологи подають своє визначення здоров'я, яке виглядає так: «Здоров'я – це динамічний стан організму людини, який характеризується високим енергетичним потенціалом, оптимальними адаптаційними реакціями на зміни довкілля, що забезпечує гармонійний фізичний, психоемоційний і соціальний розвиток особистості, її активне довголіття, повноцінне життя, ефективну протидію захворюванням» [27, с. 39-40].

Усе частіше авторами підкреслюється вагома роль соціального аспекту здоров'я людини, пов'язаної з суспільством, усіма елементами його структури та безліччю відносин. З актуалізацією соціального аспекту означеної проблеми, проблема здоров'я людини перестала бути тільки турботою лікарів і медичних закладів. Наразі до процесу попередження і подолання захворювань долучилися фахівці соціальної сфери, а до наукового обігу увійшли такі терміни, як «медико-соціальна допомога», «медико-соціальна робота», «соціальна робота в сфері охорони здоров'я» тощо.

Аналіз наукової літератури з досліджуваного питання свідчить, що представники медичної науки (зокрема, О. Мартиненко, І. Маруненко, О. Тимчик, Ю. Шуригіна та інші) визначають медико-соціальну роботу як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я пацієнта [37; 38]. І дійсно, для надання подібного виду послуг фахівцеві необхідно володіти знаннями і навиками з багатьох наукових галузей: медицини, психології, соціології, права та інших.

Медико-соціальна робота також трактується авторами як стратегія розвитку медико-соціальної допомоги населенню в сучасних умовах, а інноваційні технології медико-соціальної роботи – як методи вирішення основних завдань, що стоять як перед медичною, так і соціальною сферами

суспільства. При цьому, під медико-соціальною допомогою розуміється вид суспільно корисної міжсекторальної діяльності працівників соціальних служб, при здійсненні якої разом з соціально-побутовими, юридичними, виховними та іншими функціями фахівцем надається певний обсяг медичних послуг по догляду за хворими, людьми похилого віку та дітьми, а також ведеться просвітницька робота щодо гігієнічного виховання населення і профілактики захворювань [62, с. 285]. Медико-соціальна допомога надається в установах системи охорони здоров'я та системи соціального захисту населення. Суть медико-соціальної допомоги полягає в координаційній роботі медичних, соціальних та інших фахівців, які забезпечують надання нужденним особам медико-соціальних послуг.

Сформувавшись на стику двох самостійних галузей – охорони здоров'я і соціального захисту населення, метою медико-соціальної роботи є досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною і психічною патологією, а також осіб, неблагополучних у соціальному плані. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів з допомоги у сфері охорони здоров'я, тому що передбачає здійснення системних соціально-медичних впливів на більш ранніх стадіях захворювання і соціальної дезадаптації, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летального результату. Крім того, будь-які послуги соціального захисту так чи інакше захищають здоров'я осіб, які потребують допомоги.

Медико-соціальної роботи потребують різні контингенти осіб, які мають виражені медичні та соціальні проблеми, що взаємно потенціюють одна з одною, і вирішення яких є проблематичним в межах односторонніх професійних заходів. Наразі О. Мартиненко, Є. Холостова та інші автори до об'єктів медико-соціальної роботи відносять соціально дезадаптованих осіб, самотніх людей похилого віку, дітей-сиріт, юних матерів, багатодітні та асоціальні сім'ї, постраждалих в результаті надзвичайних ситуацій, хворих на СНІД та всіх тих, хто крім медичних має проблеми соціального

характеру, що ускладнюють збереження і відновлення здоров'я. Робота з такими клієнтами однаково важка і малоефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки вони неминуче стикаються з колом проблем, що виходять за межі їхньої професійної компетенції і перешкоджають успішній професійній діяльності. Науковці одностайні в думці, що чисельність таких контингентів протягом останніх років зростає. І однією з причин такої динаміки є низька ефективність існуючих форм і методів роботи з ними, а також відсутність належної мережі спеціально орієнтованих на такий вид діяльності служб як державних, так і недержавних [69, с. 200].

Натомість, на думку М. Беляєвої, коло об'єктів медико-соціальної роботи набагато ширше. Адже через кліше, за яким медико-соціальної підтримки потребують лише люди з інвалідністю та особи похилого віку, соціальна складова медико-соціальної роботи іноді зводиться лише до соціально-побутової та частково економічної реабілітації. Якщо ж розглядати психологічний і педагогічний аспекти медико-соціальної роботи, то перелік клієнтів збільшиться. Адже будь-яка людина, опинившись в ролі пацієнта медичного закладу, потребує психологічної допомоги або залежно від статі, віку, професії виступає потенційним адресатом для різноманітних профілактичних заходів медико-соціального характеру.

Визначаючи межі медико-соціальної роботи і коло її клієнтури, дослідниця доводить, що більшість хвороб (якщо не всі) мають соціальні причини. Навіть виявлення генетично обумовлених захворювань у деяких випадках залежить від способу життя людини та умов, в яких вона проживає. Отже, порушення здоров'я тягне за собою соціальні наслідки, а «соціальна атмосфера», в свою чергу, впливає на швидкість одужання пацієнта. Тому будь-яке захворювання вимагає медико-соціального підходу і, відповідно до цього, перелік клієнтів для медико-соціальної роботи не обмежується і охоплює всі категорії населення [3, с. 26].

Основними складовими медико-соціальної роботи є такі її напрями (або

етапи): профілактичний, терапевтичний (лікувальний) і патогенетичний (реабілітаційний).

Зокрема, перший етап медико-соціальної роботи націлений на профілактику порушення здоров'я, в тому числі через попередження соціально обумовлених факторів, що мають руйнівні наслідки для життєдіяльності людини. Медико-соціальна робота профілактичного спрямування включає: проведення заходів щодо попередження соціально-залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я; формування у населення установок на здоровий спосіб життя; забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я; участь в розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях; забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я; проведення масових заходів (вакцинація, диспансеризація та ін.), що сприяють профілактиці і ранньому виявленню захворювань та ін. Профілактичний етап медико-соціальної роботи реалізується через заклади освіти, охорони здоров'я, соціального захисту населення, на виробництвах тощо [73, с. 11].

Терапевтичний (лікувальний) етап медико-соціальної роботи націлений на діагностику і лікування захворювань, тому здійснюється в медичних установах (як правило, з використанням стаціонарних форм медичного обслуговування).

В межах патогенетичного (реабілітаційного) етапу колишні пацієнти медичних установ пристосовуються до змін, які відбувалися в їхньому житті, і тому потребують підтримки медичних і соціальних служб. Медико-соціальна робота даного напрямку включає заходи щодо: організації медико-соціальної допомоги; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації людей з інвалідністю; соціальну роботу в окремих галузях медицини і охорони здоров'я; корекцію психічного статусу клієнта; забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій та ін. [37, с. 34].

Соціальна робота в системі охорони здоров'я не претендує на виконання

лікувально-діагностичних функцій, а передбачає тісну взаємодію з медичним персоналом і чітке розмежування функцій між медичними та соціальними працівниками. При складанні функцій фахівця соціальної роботи в конкретному закладі охорони здоров'я та побудові технологій його роботи з клієнтами доцільно використовувати класифікацію, згідно з якою перелік функцій, які виконуються в рамках соціально-медичної роботи, об'єднаний у три групи.

1) Медико-орієнтовані функції: організація медичної допомоги та догляду за хворими; надання соціально-медичної допомоги сім'ї; медико-соціальний патронаж різних груп; надання соціально-медичної допомоги хронічним хворим; організація паліативної допомоги помираючим; попередження рецидивів основного захворювання, виходу на інвалідність, смертності (вторинна і третинна профілактика); санітарно-гігієнічна просвіта; інформування клієнта про його права на соціально-медичну допомогу та порядок її надання з урахуванням специфіки проблем.

2) Соціально-орієнтовані функції: забезпечення соціального захисту прав громадян з питань охорони здоров'я та надання соціально-медичної допомоги; представництво в органах влади інтересів осіб, які потребують соціально-медичної допомоги; сприяння в попередженні суспільно небезпечних дій; оформлення опіки та піклування; участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для потребуючих категорій населення; забезпечення доступу клієнтів до інформації з питань здоров'я, стану довкілля, якості продовольчої сировини і продуктів харчування; інформування клієнтів про пільги, виплати та інші види соціального захисту; сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових і житлових проблем, отриманні пенсій, допомог і виплат; сімейне консультування і сімейна психокорекція; психотерапія, психічна саморегуляція; комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та ін.

3) Інтегративні функції: комплексна оцінка соціального статусу

клієнта; сприяння виконанню профілактичних заходів соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я на індивідуальному, груповому та територіальному рівнях; формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя; планування сім'ї; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів; проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії, хірургії та інших сферах клінічної медицини; сприяння запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції та забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей; соціально-правове консультування; організація терапевтичних спільнот само- і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру; участь в розробці комплексних програм соціально-медичної допомоги нужденним групам населення на різних рівнях; забезпечення наступності при взаємодії фахівців суміжних професій у вирішенні проблем клієнтів [73, с. 201-202].

Соціальні працівники закладів охорони здоров'я вирішують такі завдання: надання первинної психологічної допомоги жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку, консультування їх з правових питань; соціально-медична робота; психологічна підтримка і консультування з правових питань осіб, які зазнали шкоди для свого організму з боку інших осіб, зазнали каліцтва; психологічна підтримка людей похилого віку в стаціонарному закладі охорони здоров'я; організація рекреаційної роботи для дітей; соціальне страхування на випадок хвороби; організація спеціальних соціальних програм для особливих категорій пацієнтів – онкохворих, хворих на лейкемію, осіб з інвалідністю.

Для виконання таких різноманітних функціональних завдань у сфері надання медико-соціальної допомоги населенню фахівець повинен бути теоретично підготовлений в питаннях здоров'я і здоров'язбереження населення, добре орієнтуватися в теорії і практиці медико-соціальної роботи, знати нормативно-правову базу надання медико-соціальної допомоги

клієнтам і особливості організації медико-соціальної роботи з різними категоріями клієнтів. Практичні вміння фахівця визначені професійними компетенціями при вирішенні медико-соціальних проблем різних клієнтів. Наразі фахівець повинен вміти: використовувати базову модель медико-соціальної роботи з клієнтами різного профілю на основі єдиних методичних підходів; виявляти та аналізувати медико-соціальні проблеми різних груп населення; орієнтуватися в формах і методах медико-соціальної роботи; оцінювати ефективність реалізації медико-соціальних технологій. Крім того, він повинен володіти: навичками використання теорії медико-соціальної роботи при обґрунтуванні змісту і методики надання професійної допомоги різним групам клієнтів; основними методами профілактичної і патогенетичної (реабілітаційної) роботи з окремим клієнтами; змістом і методикою медико-соціальної роботи в закладах соціального обслуговування населення, освіти, охорони здоров'я, службі планування сім'ї та інших.

Отже, значення медико-соціальної роботи не викликає сумнівів. Зарубіжний досвід медико-соціальної роботи демонструє, що у багатьох країнах світу соціальна робота вже давно стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я, підґрунтям якої є введення відповідних посад соціальних працівників з медичною спеціалізацією в лікувально-профілактичних установах, їх кваліфікаційна характеристика, налагодження системи підготовки кадрів для роботи в практичному секторі сфери охорони здоров'я. Натомість, в Україні фахова підготовка соціальних працівників розпочалася лише у 1990-ті роки, через що в нашій країні й досі наявний брак взаємозв'язків між медичною і соціальною сферою, а діяльність соціальних працівників у сфері здоров'я в Україні ще рідкісне явище. Як слушно з цього приводу зауважують вітчизняні дослідники (зокрема, Л. Клос, Т. Семигіна та інші), в українських медичних інституціях майже немає посад соціальних працівників або посад для тих, хто має фах з соціальної роботи. Адже, згідно з класифікатором професій і спеціальностей, у сфері охорони здоров'я

соціальні працівники можуть брати участь у роботі лікарняних закладів на окремих посадах і в обмеженому переліку місць практики. Так, вакансії «фахівець з соціальної роботи» і «соціальний працівник» передбачені у психіатричних і наркологічних лікарнях, хоспісах, центрах і відділеннях профілактики та боротьби із ВІЛ-інфекцією. Також «фахівець з соціальної роботи» може працювати у таких структурах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я, як будинки нічного перебування, центри ресоціалізації наркозалежної молоді, будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, дитячих будинках-інтернатах [30, с. 19].

Крім того, відомче розмежування закладів охорони здоров'я та соціального обслуговування ускладнює формування цілісного комплексу необхідних медичних і соціальних заходів (приміром, у сфері надання паліативної допомоги невиліковно хворим, підтримки ВІЛ-інфікованих людей, у роботі з психічнохворими людьми та ін.). Тому важливим питанням для державної політики в сфері охорони здоров'я залишається підготовка спеціалістів із соціальної роботи, здатних ефективно працювати в медичній галузі. Передовсім науковці наголошують на необхідності впровадження спеціалізацій на магістерських програмах із соціальної роботи (з обов'язковим проходженням практики у закладах охорони здоров'я), що потребує розробки відповідних навчальних програм, побудованих на компетентісному підході. Не менш актуальним є питання підвищення кваліфікації соціальних працівників, які потребують спеціалізованих знань щодо певних сфер охорони здоров'я населення.

Таким чином, сьогодні в умовах трансформаційного на тлі погіршення показників здоров'я посилилися медико-соціальні проблеми, що зумовило об'єктивну потребу в розвитку нових ефективних технологій вирішення взаємопов'язаних проблем медичного і соціального характеру на якісно новому комплексно-інтегративному рівні. Серед таких технологій істотну роль виконують технології соціальної роботи в установах охорони здоров'я в рамках професійної медико-соціальної роботи.

1.2. Медико-соціальні аспекти здоров'я в законодавстві України

Держава розглядає здоров'я населення як одну з найбільших цінностей, яке являє собою необхідний компонент розвитку та соціально-економічного процвітання України. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі ВООЗ), поняття здоров'я – це стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів [24].

Аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми свідчить, що більшістю авторів здоров'я розглядається як одна з головних цінностей життя, що дозволяє людині повноцінно жити, вчитися, працювати, будувати кар'єру, займатися спортом, відпочивати. Крім того, здоров'я є важливою складовою щасливого сімейного життя, народження і виховання дітей; стан здоров'я головна умова спокійної і благополучної старості.

Відповідно до зазначеного, суспільство може досягти розвитку, якщо його громадяни будуть здоровими. Здоров'я населення є одним з основних чинників досягнення національної безпеки, соціально-економічного процвітання і благополуччя держави у цілому, а хороший стан індивідуального та громадського здоров'я є запорукою гармонічних відносин у суспільстві. Стан здоров'я нації оцінюється за демографічними показниками (народжуваність, смертність, природний приріст тощо) та показниками медичної статистики (захворюваність, хворобливість, тимчасова та тривала втрата працездатності, інвалідність, смертність тощо). Здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, яке є необхідним компонентом розвитку будь-якої країни, а отже є найважливішою метою соціальної політики.

Отже, роль і значення здоров'я для людини набуло такого великого значення, що викликало визнання на міжнародному рівні здоров'я як основного права людини. У Статуті ВООЗ зазначено, що володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є сьогодні одним із базових прав кожної людини незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних

та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, а досягнення кожної держави у сфері поліпшення та охорони здоров'я є цінністю для всіх [20].

Право на здоров'я набуло характеру одного з найважливіших політичних, соціальних і економічних положень у сучасному світі. Реалізація цього права і досягнення можливо ще вищого рівня здоров'я становить найважливішу соціальну задачу, для виконання якої необхідні зусилля не тільки системи охорони здоров'я, але й інших соціальних та економічних секторів суспільства. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж всього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань нашої держави та її соціальної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Основним джерелом права у сфері охорони здоров'я України є законодавство як система взаємоузгоджених законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів. У науковій літературі ця частина національного законодавства отримала назву медичного законодавства, або медичного права.

Медичне право – це система нормативно-правових актів, що є комплексною галуззю законодавства, норми якої регулюють публічні і приватні відносини в сфері охорони здоров'я [36, с. 64].

За визначенням вітчизняних науковців (Ю. Вороненко, З. Гладун, Р. Майданик та ін.), українське медичне законодавство складається з п'яти груп (або рівнів) нормативно-правових актів. Серед них виділяють такі:

- 1) Конституція України;
- 2) Основи законодавства України про охорону здоров'я як основного спеціального закону в цій сфері;
- 3) спеціальні закони в окремих сферах медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);

4) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю тощо);

5) акти центральних та місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження МОЗ України, нормативно-правові акти інших органів влади) [3, с. 5].

Розглянемо основні положення перелічених вище нормативно-правових документів.

Уважаємо за потрібне розпочати з основного закону нашої держави – Конституції України, якою, зокрема, охороняються права громадян у сфері охорони здоров'я. Так, у статті 3 першого розділу Конституції зазначено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю; стаття 49 гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, надання медичну допомогу і медичне страхування. Отже, на конституційному рівні передбачено гарантію цього права, що полягає в безоплатному наданні медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Відповідно, права і свободи людини у сфері охорони здоров'я та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави у даному напрямку. Адже держава відповідає перед людиною за свою діяльність, а утвердження та забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави.

Наступним основним спеціальним законодавчим актом у досліджуваній сфері є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» який було прийнято 19 листопада 1992 року (далі – «Основи»). На думку дослідника І. Зими, за довгий термін існування даного документу була прийнята значна кількість поправок і доповнень до нього, які значною мірою трансформували та осучаснили його сутність. Зокрема,

суттєвими стали зміни, прийняті у 2017 році під час підготовки до втілення основних механізмів медичної реформи [25, с. 110].

Згідно з означеним документом, суспільство й держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, вони повинні забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшувати умови праці, навчання, побуту й відпочинку населення, розв'язувати екологічні проблеми, удосконалювати медичну допомогу й запроваджувати здоровий спосіб життя.

За визначенням в «Основах» (стаття 3), охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [42].

Подальше вивчення даного документу показало, що в ньому визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні, серед яких:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини та громадянина у сфері охорони здоров'я, забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [42].

Відповідно до «Основ» (стаття 6), кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;

б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;

в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;

г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;

д) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я;

е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;

є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;

ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;

з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;

и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;

і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;

й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина [42].

Варто зазначити, що громадянам України, які перебувають за кордоном, вітчизняним законодавством також гарантується право на охорону здоров'я у формах й обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

Слід окремо акцентувати увагу на тій частині «Основ», згідно з якою наша держава у відповідності до Конституції гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;

б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;

в) подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;

г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;

д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;

е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я [Там само].

У свою чергу, «Основи» визначають не тільки права, а й обов'язки громадян України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, громадяни нашої держави зобов'язані:

- а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення;
- в) надавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які знаходяться у загрозовому для життя і здоров'я стані;
- г) виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я [42].

Отже, можна стверджувати, що «Основи» висвітлюють загальні положення вітчизняної сфери охорони здоров'я (основні поняття і терміни, принципи та ін.), визначають правові основи організації охорони здоров'я (права та обов'язки громадян у даній галузі, а також їх обмеження; гарантії права на охорону здоров'я), розкривають позицію держави щодо забезпечення здорових і безпечних умов життя, лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення громадян лікарськими засобами тощо.

Цивільно-правові засади регулювання прав людини у сфері охорони здоров'я визначені Цивільним Кодексом України, норми якого визначають основні особисті немайнові права людини в сфері охорони здоров'я:

- стаття 281 «Право на життя»;
- стаття 282 «Право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю»;
- стаття 283 «Право на охорону здоров'я»;
- стаття 284 «Право на медичну допомогу»;
- стаття 285 «Право на інформацію про стан свого здоров'я»;
- стаття 286 «Право на таємницю про стан здоров'я»;
- стаття 287 «Права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я» [70].

Цивільно-правові засади регулювання права на медичне страхування окреслюють стаття 6 Закону України «Про страхування» і статті 4, 6, 7, 25, 26 «Основ законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Кримінально-правова охорона в сфері охорони здоров'я здійснюється положеннями Кримінального кодексу України, які визначають склади злочинів проти життя та здоров'я особи, особистих прав громадянина. Зокрема:

- стаття 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником»;
- стаття 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником»;
- стаття 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці»;
- стаття 184 «Порушення права на безоплатну медичну допомогу» [33].

Окремі напрями охорони здоров'я регулюються спеціальними законами. Зокрема, питання донорства, психічної допомоги, окремих інфекційних і неінфекційних захворювань регулюються цілою низкою нормативно-правових документів, покликаних регулювати оздоровчо-профілактичну діяльність. Такими документами є: ЗУ «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (1991 р.); ЗУ «Про фізичну культуру і спорт» (1993 р.); ЗУ «Про психіатричну допомогу» (2000 р.); ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000 р.); ЗУ «Про протидію захворюванню на туберкульоз» (2001 р., нова редакція – 2012 р.); ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2010 р.) та інші.

Питання експертизи, що стосується й сфери охорони здоров'я, регулює ЗУ «Про судову експертизу» (1994 р.), в якому визначено види медичної експертизи, висвітлено їх зміст і порядок організації та проведення. Гарантії щодо безпечних умов життєдіяльності надають нам ЗУ «Про охорону навколишнього природного середовища» (1991 р.); ЗУ «Про охорону

атмосферного повітря» (1992 р.); ЗУ «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини» (1997 р.); ЗУ «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» (1998 р.); ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (2002 р.) та інші.

Отже, можна стверджувати, що в Україні за роки незалежності була створена законодавча система регулювання сфери управління охороною здоров'я та потужна нормативна база, що підкріплює її та орієнтує на європейські і світові стандарти надання медичної допомоги й зміцнення здоров'я громадян.

Разом з цим, на думку багатьох фахівців-медиків та юристів (І. Зима, С. Істомин, Р. Майданик, В. Руснюк, Г. Слабкий та ін.), нормативно-правова база сфери охорони здоров'я не є досконалою і не відповідає сучасним умовам й можливостям. Науковці переконані, що вітчизняне законодавство повинно бути зміненим таким чином, щоб відображати реалії та практичні можливості для поліпшення ситуації в сфері охорони здоров'я з урахуванням справедливого (тобто однакового для всіх) гарантованого рівня медичної допомоги.

Зокрема, недосконалість нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я фахівці пов'язують з постійним недофінансуванням бюджетних витрат і відсутністю рівного доступу до якісної безоплатної медичної допомоги, що перетворило конституційну норму про право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування (ст. 49 Конституції) у загальну декларацію, а це продукує соціальну несправедливість. На думку експертів, усунення цієї прогалини вимагає закріплення на конституційному рівні моделі єдиного медичного простору відповідно до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, в Україні створена законодавча система регулювання сфери управління охороною здоров'я та потужна нормативна база, що підкріплює її та орієнтує на європейські і світові стандарти надання медичної допомоги й зміцнення здоров'я громадян. Проте, законодавчі акти у сфері

охорони здоров'я часто містять загальні і суперечливі між собою норми. Тому фахівці акцентують на необхідності пріоритетного прийняття законів (тобто відповідно до нагальних потреб населення, а не системи охорони здоров'я), які мають базуватися на об'єктивно існуючих у суспільстві реаліях, бути фактично виконуваними і не йти всупереч суспільній думці.

1.3. Зміст медико-соціальної роботи з різними категоріями клієнтів у закладах охорони здоров'я

Вивчення зарубіжного досвіду демонструє велике суспільне значення медико-соціальної роботи, адже у багатьох країнах світу соціальна робота вже давно стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я. Підґрунтям для її здійснення є уведення відповідних посад соціальних працівників з медичною спеціалізацією в лікувально-профілактичних установах та їх кваліфікаційна характеристика. Зокрема, вони надають первинну психологічну допомогу в лікарнях жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку; забезпечують психологічну підтримку і консультують з правових питань хворих, які зазнали каліцтва з боку інших осіб; здійснюють соціально-психологічну підтримку людей похилого віку та невиліковно хворих в стаціонарних закладах охорони здоров'я, хоспісах; організовують реабілітаційну роботу для дітей-інвалідів у медико-соціальних реабілітаційних центрах; реалізують спеціальні соціальні програми для особливих категорій пацієнтів – наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих у наркологічних і психіатричних лікарнях, центрах боротьби та профілактики СНІДу та ін.

Задля кадрового забезпечення практичного сектору сфери охорони здоров'я в закладах освіти більшості західних країн (Великобританія, Німеччина, Швеція, США тощо) налагоджено систему підготовки вузькопрофільних соціальних працівників, зокрема для надання медико-соціальної допомоги населенню. Такий підхід відповідає основній меті у сфері підготовки фахівців з соціальної роботи, яка полягає в необхідності

налагодження тісного взаємозв'язку освітнього процесу з майбутньою професійною діяльністю й ефективного поєднання універсальної (загальної) і спеціальної професійної підготовки, зокрема фахівців достатньо вузьких спеціалізацій.

Натомість досвід України, де професія соціального працівника з'явилася лише у 1990-ті роки, на жаль, демонструє брак взаємозв'язків між медичною і соціальною сферами через відомче розмежування закладів охорони здоров'я та соціального обслуговування. Як наслідок, у вітчизняних медичних інституціях майже немає посад соціальних працівників або посад для тих, хто має фах з соціальної роботи.

Розглянемо зміст та особливості соціальної роботи в окремих медичних закладах.

В контексті розв'язання проблеми планування сім'ї, як одного з важливих шляхів збереження здоров'я населення, надзвичайної важливості набувають адекватні медико-соціальні заходи, спрямовані на охорону репродуктивного здоров'я, починаючи з самого раннього дитинства. Соціальна робота з питань планування сім'ї має здійснюватися індивідуально, на рівні сім'ї, на рівні колективу, шляхом реалізації відповідних національних і регіональних програм.

Планування сім'ї як суттєвий елемент первинної медичної допомоги в багатьох країнах світу та в Україні включає такі види діяльності:

- інформація та консультування населення з питань планування сім'ї;
- організація служб планування сім'ї;
- забезпечення населення засобами контрацепції;
- лікування неплідності і сексуальних розладів;
- формування громадської думки в процесі роботи, спрямованої на зміну усталених уявлень про планування сім'ї як про суто медичну чи внутрішньосімейну проблему;
- підвищення рівня знань і кваліфікації з цієї проблеми не тільки акушерів-гінекологів та лікарів інших спеціальностей, а також середніх медичних

працівників;

- поглиблення та поширення роботи зі статевих виховання дітей і підлітків, підготовки педагогів та батьків з питань сексуального розвитку дітей;
- залучення ЗМІ до висвітлення проблеми планування сім'ї, сексуальної культури, сімейно-шлюбних стосунків;
- підвищення доступності та якості медичних послуг у службі планування сім'ї.

Медико-соціальна робота в онкології має свої особливості. Спеціаліст з соціальної роботи може брати участь в розробці і реалізації цільових профілактичних програм, проведенні соціально-гігієнічного моніторингу, визначенні факторів ризику, інформувати населення про стан середовища проживання. Другою відмінною особливістю медико-соціальної допомоги в онкології є робота з членами сім'ї і найближчим оточенням онкологічного хворого, яка полягає у розв'язанні психологічних проблем. Адже психологічна дезадаптація пацієнтів і членів їх сімей ускладнює лікування і несприятливо впливає на якість життя. Крім того, психологічні проблеми таких сімей поглиблюються матеріальними труднощами, пов'язаними з витратами на лікування і догляд за хворими, зниженням трудової зайнятості родичів хворих.

До функцій фахівця з соціальної роботи в онкології відносяться:

- виявлення соціальних і психологічних проблем онкохворого та його сім'ї;
- розробка і реалізація спільно з лікарем, психологом, педагогом індивідуальних планів реабілітації пацієнта;
- участь в проведенні заходів щодо його соціального захисту, підтримки, трудовому і побутовому влаштуванню;
- інформування пацієнтів про стан їх здоров'я, діагноз, прогнози;
- надання інформації про права, пільги у зв'язку з онкологічним захворюванням;
- надання психологічної допомоги хворим та їхнім родинам;

- організація та участь в проведенні медико-реабілітаційної експертної комісії;
- організація роботи терапевтичних спільнот хворих та осіб, які вилікувались;
- взаємодія зі ЗМІ та населенням з роз'яснення сучасних можливостей онкології;
- формування в суспільстві адекватного ставлення до осіб, які мають онкологічні захворювання, і тих, хто вилікувався;
- сприяння інтеграції громадських і державних організацій з надання гуманітарної допомоги хворим;
- проведення медико-соціальних досліджень.

Відповідно, медико-соціальна робота з онкологічними хворими передбачає взаємодію і координацію зусиль фахівців суміжних професій – лікарів, психологів, соціальних працівників. Система заходів в онкології передбачає постійний психологічний тренінг і допомогу на всіх етапах лікування: створення різних груп психологічної підтримки з навчанням саморегуляції і самодопомоги; організація психологічних тренінгів для людей, які пережили втрату; організацію зустрічей сімей, що мають хворих зі злоякісними новоутвореннями, вилікуваними і волонтерами.

Особливе місце в медико-соціальній роботі займає організація паліативної допомоги інкурабельним (невиліковним) онкологічним хворим, зокрема хоспісів – закладів, де помираючій людині допомагають прожити залишок життя по можливості повноцінно, надають медичну, соціальну і психологічну допомогу. За незначний час існування хоспісів в Україні стали очевидними переваги залучення до цієї роботи соціальних працівників, які у співпраці з лікарями та психологами здатні надавати допомогу і досягати ефективного взаєморозуміння з помираючими, враховуючи їх психологічні та духовні потреби. Якщо в рамках медичної допомоги проводяться симптоматичне лікування і знеболювання, то соціальні працівники організовують матеріальну підтримку, сприяють в забезпеченні гарантованих

прав клієнтів та їх сімей, разом з психологами допомагають позбутися почуття страху, депресії, проводять психологічні тренінги для родичів.

Соціальна робота в наркологічному диспансері полягає в наданні комплексної допомоги (психологічної, соціально-психологічної, педагогічної, правової та ін.) особам, які належать до групи підвищеного ризику чи страждають залежністю від психоактивних речовин та членам їх сімей.

Основними завданнями соціального працівника в наркодиспансері є: а) участь у програмах первинної профілактики залежності від психоактивних речовин; б) виявлення осіб, які входять до групи ризику і робота з ними; в) встановлення контакту з сім'ями хворих, організація консультування, необхідної допомоги та підтримки; г) організація спеціальної тренінгової роботи, що сприяє ранній реадaptaції та реабілітації пацієнтів; д) організація сімейної психотерапії [37].

Виділяють такі форми соціальної роботи в наркологічних диспансерах: 1) профілактичну роботу, спрямовану на попередження виникнення наркологічних проблем; 2) соціальну роботу з особами, у яких спостерігаються певні наркологічні проблеми, але не виявляються клінічні форми наркологічної залежності; 3) соціальну роботу з хворими, що страждають наркозалежністю [3]. Щодо останньої категорії осіб, то слід підкреслити, що на даний час у процесі лікування таких хворих відбувається перехід від використання тривалої медичної до медико-психолого-соціальної моделі. Це означає відмову від домінування методів медико-біологічного та хіміко-терапевтичного впливу на користь комплексної лікувально-реабілітаційної роботи з опорою на психотерапевтичні та соціотерапевтичні методи, орієнтовані на вирішення особистісних проблем, підвищення рівня соціальної компетенції, адаптації, інтеграції.

Питання психічного здоров'я населення набуло виключного значення, адже нервово-психічні захворювання є однією з найсерйозніших соціальних, медичних та економічних проблем. Від психічних розладів не застрахований

ніхто. Хоча б раз у житті серйозний психічний розлад вражає кожную четверту людини. Психічні і поведінкові розлади наявні у 10% дорослого населення. Близько 20% всіх пацієнтів, які отримують медичну допомогу у лікарів первинної медико-санітарної допомоги, страждають на психічний розлад. Чотири з шести основних причин скорочення повноцінного життя – це депресія, шизофренія, біполярний психічний розлад і залежність від алкоголю. Психічні розлади впливають на всі сторони життя людини: вони згубно позначаються на загальному стані здоров'я, сімейних відносинах, суспільному житті, кар'єрі, соціальному функціонуванні, здатні підштовхнути на злочин і самогубство.

Робота з психічно хворими пацієнтами та їх сім'ями проводиться у *психоневрологічних диспансерах*, завданням яких є: виявлення серед населення хворих з нервово-психічними порушеннями, влаштування їх на облік, динамічне спостереження і лікування; медико-соціальний патронаж; соціальна допомога хворим; трудове навчання і працевлаштування хворих з остаточною працездатністю (спільно з органами соціальної захисту); судово-психіатрична, трудова, військова та інші види експертиз; профілактична робота та ін.

У відділеннях психоневрологічних диспансерів з'явилися соціальні працівники, робота яких спрямована на розв'язання соціально-медичних проблем пацієнтів: ідентифікація особистостей, які надійшли в стаціонар в стані амнезії; складання соціальних паспортів на кожного хворого, який поступив до диспансеру; відновлення втрачених паспортів пацієнтів; відновлення в правах на незаконно продану житлоплощу; соціальне обслуговування після виписки додому, тому що відділи соціального захисту не хочуть брати на облік дану категорію хворих; влаштування після проходження лікування до спеціалізованих будинків-інтернатів; організація дозвілля хворих; організація трудотерапії, як засобу лікування і реабілітації, відновлення лікувально-трудова майстерень; навчання рідних і близьких спільному проживанню з психічнохворим; підготовка до переходу на

бригадний метод роботи в психіатрії з досвіду зарубіжних країн; правове консультування хворих та членів їх сімей.

Психічно хворі становлять найбільш незахищену і вразливу категорію суспільства. Сьогодні гостро стоїть питання правового та соціального захисту таких людей, адже вони мають користуватися такими ж правами і свободами, як й усі інші громадяни. Психічно хворі не повинні піддаватися дискримінації на ґрунті психічного захворювання. Відповідно до етичних стандартів вони мають право на професійну, гуманну і гідну допомогу; бути захищеними від експлуатації, поганого поводження і приниження.

Психіатри повинні служити вищим інтересам пацієнта відповідно до отриманих знань та етичних принципів. Законодавство має забезпечувати адекватне лікування всіх пацієнтів, захищати їх право на лікування у відповідності з прийнятими стандартами в лікувальних закладах та поза ними. Де тільки можливо, психіатричні служби повинні бути інтегровані в систему медико-соціальної допомоги. Пацієнти, які були прийняті в психіатричні заклади або які звернулися за допомогою добровільно, повинні бути захищені юридичними та етичними правилами. Примусове втручання є грубим порушенням прав людини та її свобод. Тому для такого втручання необхідні особливі критерії та дотримання певних гарантій.

Особливого значення набуває медико-соціальна робота у фтизіатрії. Адже туберкульоз, який продовжує й досі залишатися непереможеною хворобою, представляє одну з нагальних соціальних і медико-біологічних проблем. Значну частину бюджету охорони здоров'я багатьох країн світу витрачають на утримання мережі протитуберкульозних установ і проведення заходів, спрямованих на профілактику туберкульозу, виявлення і лікування хворих. Крім того, у протитуберкульозних диспансерах медичні працівники, психологи, фахівці з соціальної роботи вирішують такі соціальні проблеми хворих і членів їх сімей:

- відновлення втрачених паспортів або їх отримання після виходу з місць позбавлення волі, отримання прописки;

- допомога в оформленні медичних полісів та інвалідності;
- забезпечення бацилярних хворих житлом (бацилярні – це ті хворі, які виділяють в навколишнє середовище з мокротою паличку туберкульозу і є джерелом зараження для оточуючих людей);
- організація працевлаштування після лікування (після перенесеного туберкульозу людина не має права працювати на підприємствах громадського харчування, в дитячих установах);
- поновлення на робочих місцях після незаконного звільнення в зв'язку з хворобою (лікування від туберкульозу триває не менше року і багато роботодавців незаконно звільняють хворих, що мають лист тимчасової непрацездатності);
- влаштування дітей із сімей хворих, що проходять тривале лікування, в інтернати або спеціалізовані дитячі сади (особливо в тих випадках, коли курс лікування проходять обидва батьки або у дитини є тільки один з батьків);
- організація навчання та забезпечення речами першої необхідності хворих дітей, особливо з асоціальних сімей (в диспансері організоване навчання дітей з основних предметів вчителями, які приходять, деякі підлітки прямо в диспансері отримують атестат про середню освіту);
- поховання померлих безхатченків, що хворіли на туберкульоз;
- правове консультування хворих та членів їх сімей;
- проведення психологічної корекції і релаксації (тривале знаходження в закритому стаціонарі негативно впливає на психіку людини);
- санітарно-просвітницька діяльність.

Суттєвий напрям медико-соціальної роботи у галузі фтизіатрії – профілактика туберкульозу серед населення, основу якої складають заходи, спрямовані на підвищення захисних сил організму: дотримання правильного режиму праці, раціональне і своєчасне харчування, відмова від куріння, наркотиків, зловживання спиртними напоями, прийом полівітамінів у весняний період, загартовування, заняття фізкультурою, дотримання

здорового способу життя. Також слід дотримуватися правил особистої гігієни, регулярно проводити вологе прибирання і провітрювання житлових приміщень, частіше бувати на свіжому повітрі, адже мікробактерії туберкульозу гинуть при впливі прямого сонячного світла.

Велике значення має профілактика туберкульозу серед груп населення з підвищеним ризиком захворювання. Основними методами зниження захворюваності на туберкульоз є: профілактика туберкульозу за допомогою живої ослабленої вакцини БЦЖ; раннє виявлення хворих з легневими формами туберкульозу за допомогою флюорографічного обстеження; виявлення інфікованості паличкою Коха населення за допомогою алергічної проби Манту. Ефективним способом попередження зараження і захворювання туберкульозом є вакцинація новонароджених.

Таким чином, особливість роботи соціального працівника в системі охорони здоров'я полягає в необхідності пошуку оптимального рішення проблеми, застосовуючи різноманітні напрями, форми і методи соціальної роботи. У зв'язку з цим його діяльність не обмежується тільки рамками медичного закладу, вона передбачає тісну взаємодію з багатьма службами та центрами, що надають психологічну, педагогічну, соціальну та юридичну допомогу.

Висновки до розділу 1

У процесі роботи над першим розділом ми дійшли висновку, що здоров'я людини є предметом вивчення багатьох природничих і суспільних наук, представники яких підкреслюють вагому роль соціального аспекту здоров'я людини, через що означена проблема перестала бути тільки турботою лікарів і медичних закладів. Сформувавшись на стику двох самостійних галузей – охорони здоров'я і соціального захисту населення, медико-соціальна робота представляє собою новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-

педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я пацієнта; це стратегія розвитку медико-соціальної допомоги населенню в сучасних умовах, а інноваційні технології медико-соціальної роботи – це методи вирішення основних завдань, що стоять як перед медичною, так і соціальною сферами суспільства.

Визначено, що роль і значення здоров'я для людини набуло такого великого значення, що викликало визнання на міжнародному рівні здоров'я як основного права кожної людини, а досягнення кожної держави у сфері охорони здоров'я є цінністю для всіх. Реалізація цього права становить найважливішу соціальну задачу, для виконання якої необхідні зусилля не тільки системи охорони здоров'я, але й інших соціальних та економічних секторів суспільства. Основним джерелом права у сфері охорони здоров'я України є відповідне законодавство, а саме система взаємоузгоджених законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів, які регулюють публічні і приватні відносини в сфері охорони здоров'я.

Доведено велике суспільне значення медико-соціальної роботи, яка стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я. Соціальні працівники з медичною спеціалізацією працюють у сфері репродуктивного здоров'я, кардіології, фтизіатрії; реалізують спеціальні соціальні програми для особливих категорій пацієнтів – наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих у наркологічних і психіатричних лікарнях, центрах боротьби та профілактики СНІДу та ін.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Дослідження самооцінки стану здоров'я населення та потреби в отриманні допомоги медико-соціального характеру

Умови життя сучасної людини висувають актуальні завдання вдосконалення наукового аналізу проблем її здоров'я. Людина – найвища цінність суспільства, а здоров'я зумовлює її гармонійний розвиток і, тим самим, виступає запорукою всебічного розвитку суспільства. Тільки здорова людина з гарним самопочуттям, оптимізмом, психологічною стійкістю, високою розумовою і фізичною працездатністю здатна активно жити, успішно долати професійні та побутові труднощі. І справжня краса людини – це фізична досконалість, інтелект, здоров'я.

Здоров'я людини – соціальна цінність, невід'ємна частина суспільного багатства, і від суспільства залежить, як здоров'я використовується, охороняється і відтворюється. Аналіз здоров'я людини стає необхідною умовою розкриття і вдосконалення людських здібностей і можливостей як рушійної сили та найвищої мети суспільного прогресу [2, с. 5].

Наразі проблема здоров'я людини та її збереження представляє собою одну з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. Якщо врахувати, що функціональні можливості організму людини та її стійкість до несприятливих факторів зовнішнього середовища протягом всього життя змінюються, то можна говорити про стан здоров'я як про динамічний процес, який також поліпшується або погіршується, тобто про ослаблення або зміцненні здоров'я в залежності від віку, статі, професійної діяльності, середовища проживання.

Сучасна наука свідчить, що здоров'я людини залежить від багатьох факторів, з-поміж яких науковці виділяють такі: біологічні можливості людини, соціальне оточення, природно-кліматичні умови та стан

навколишнього середовища, забезпечення продуктами харчування, соціально-економічні умови, а також стан медицини та сфери охорони здоров'я. На стан здоров'я населення також впливають чинники соціального середовища: демографічна і медична ситуації, духовний і культурний рівень, матеріальний стан, соціальні відносини, засоби масової інформації, урбанізація, конфлікти тощо.

Аналізуючи вплив факторів на здоров'я населення, автори наводять наступні співвідношення факторів, що його визначають: досягнення медичної науки (10%); спадковість, закладена в організм від народження (15-20%); екологічна ситуація, що оточує людину (20-25%); спосіб життя, який веде індивід (50%) [4, с. 51].

Отже, спосіб життя є провідним фактором, що визначає основні тенденції щодо змін здоров'я. Зі способом життя також пов'язують такі поняття як рівень, якість і стиль життя. Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції), умов поведінки особистості і зворотний її вплив на ці умови. Активна участь людини в процесі формування умов життя – обов'язкова складова способу життя.

До структури способу життя людини відносять: а) трудову діяльність та умови праці; б) господарсько-побутову діяльність; в) рекреаційну діяльність, що насамперед спрямована на відновлення фізичних сил та взаємодію з навколишнім середовищем; г) соціальну діяльність в сім'ї; д) планування сім'ї та взаємовідношення членів сім'ї; е) формування поведінкових характеристик і соціально-психологічного статусу; є) медико-соціальну активність.

До негативних чинників способу життя людини відносять: а) шкідливі звички; б) незбалансоване і неправильне харчування; в) несприятливі умови праці; г) моральне і психічне навантаження; д) малорухомий спосіб життя; е) погані матеріальні умови; є) непорозуміння в сім'ї; ж) самотність; з) низький освітній та культурний рівень тощо. Екологічна ситуація, зокрема

забруднення повітря, води й ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови також негативно позначається на здоров'ї і формуванні способу життя людини (до 20%). Крім того, істотне значення має стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб (до 20%), які визначають сучасний рівень здоров'я населення. При цьому, безпосередньо на охорону здоров'я з її низькою якістю медичної допомоги та неефективністю медичних профілактичних заходів припадає всього 10%. Отже, очевидно, що першорядним питанням є питання про той спосіб життя, який веде людина.

У контексті зазначеного актуальності набуває проблема здорового способу життя (ЗСЖ), який розуміють як комплекс стійких, корисних для здоров'я звичок. Основними складовими ЗСЖ визначають: раціональне харчування; повноцінний сон; дотримання режиму дня; дотримання гігієнічних норм і правил; відмова від шкідливих звичок; дозовані фізичні навантаження; психологічний комфорт.

Враховуючи вищезазначене, нами було проведене експериментальне дослідження самооцінки населенням стану власного здоров'я (зокрема, факторів впливу на рівень самопочуття, прихильність до здорового способу життя та ін.) та потреби в отриманні допомоги медико-соціального характеру. Для цього на основі наукової літератури з досліджуваної проблематики нами було складено анкету. Учасникам дослідження задавалися питання закритого типу, де були представлені варіанти відповіді на запитання. Оцінка отриманих результатів сформована з урахуванням вікової та статевої диференціації вибіркової сукупності (див. Таблицю 1).

Таблиця 1

Диференціація за статево-віковими показниками						
Вік (роки)	16-25	25-35	35-45	45-55	55-65	65-75
Чоловіки (%)	4	6	12	10	11	4
Жінки (%)	6	12	10	10	7	8

Учасникам дослідження задавалися питання про те, яка умова дозволяє вважати людину здоровою, і що означає «бути хворим». Бути здоровим – це: варіант «Не мати ніяких серйозних хвороб» обрало 51% респондентів, «Відчувати в собі життєву енергію» – 42%, «Не переживати жодних стресів, жити “без нервів”» – 7% респондентів.

Половина (51%) від 16 років і старше одночасно розуміють поняття «здоров'я» як відсутність хвороб, а «нездоров'я» – як хворобу, тобто через негативні інтерпретації. Варіант «Бути здоровим, значить відчувати в собі життєву енергію», а «бути хворим – постійно погано себе почувати» – таку відповідь обрала десята частина опитуваних. І лише 4% респондентів відзначили дві позиції щодо стану здоров'я, пов'язані зі стресом: бути здоровим – це не відчувати жодних стресів, жити «без нервів», а бути хворим – це знаходитись в постійній напрузі, відчувати, що ти «на межі».

Відповіді розподілилися приблизно однаково у чоловіків і жінок. Чоловіки у всіх вікових групах вважають, що головна умова здоров'я – це «не мати ніяких серйозних хвороб»: чоловіки 16-35-ти років – 12,85% і ближче до 40-ка років і старше – 14%. З цим згодні 11,87% жінок 16-55 років і 13,13% жінок у віці ближче до 60 років і старше.

Узагальнення відповідей на перший блок питань дає нам підстави стверджувати наступне:

- не відносять себе до числа здорових людей, проте в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 33%);
- не мають позитивної або негативної думки з приводу віднесення себе до числа здорових людей, при цьому в цілому частіше задоволені своїм здоров'ям (близько 26%);
- відносять себе до числа здорових людей і в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 17%);
- не відносять себе до числа здорових людей і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 16%);

- не можуть при віднесенні себе до здорових людей і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 0,7%).

Результати опитування в цілому підтверджують притаманну жінкам більшу стурбованість питаннями здоров'я. Причому ця схвильованість у жінок стосується не тільки їх власного здоров'я, але часто поширюється на найближче соціальне оточення (перш за все, дітей, родичів, друзів).

Також помічено, що жінки частіше за чоловіків відмічають переживання стресових ситуацій. З-поміж основних причин стресу жінки відмічають причини, пов'язані з проблемами в сім'ї та власним здоров'ям. Натомість чоловіки серед основних причин стресу виділяють наступні: проблеми на роботі, проблеми у спілкуванні та побутові негаразди. Статевої диференціації через матеріальні труднощі помічено не було, обидві статі однаково переживають через скрутне матеріальне становище.

Не менш важливою, на нашу думку, є статеві диференціації у визначеннях респондентами рівня тривоги щодо стану власного здоров'я. Спостерігається доволі низька тривожність з приводу стану свого здоров'я серед чоловіків молодіжного і працездатного віку, яка може пояснюватися з приводу стану свого здоров'я може розглядатися як намагання відповідати гендерним нормам, які передбачають занижене ціннісне ставлення до проблем зі здоров'ям.

Істотним фактором самооцінки опитуваними стану власного здоров'я виявилось соціальне самопочуття і такий його аспект, як рівень матеріального добробуту населення. Результати опитування показали, що чим вищий добробут респондентів, тим в цілому вищою виявилася і їхня самооцінка здоров'я. Приміром, серед респондентів з низьким (нижче середнього) рівнем добробуту негативна самооцінка здоров'я властива 42%, серед опитуваних із середнім рівнем добробуту – 18%, серед осіб з добробутом вище середнього – лише 8%.

Для виявлення потреби щодо отримання медичної допомоги, нами були сформульовані наступні питання, які стосувалися поведінки респондентів в

разі захворювання і варіантами відповідей: «завжди звертаються за медичною допомогою»; «звертаються тільки у важких випадках»; «практично не звертаються за медичною допомогою». За даними дослідження, вибір респондентами третього варіанту, а саме стратегії відмови перевищила 2/3 від загальної кількості опитуваних. З цього приводу дослідники відзначають, що дана норма об'єктивно виступає культурним бар'єром, яка перешкоджає ефективному використанню населенням можливостей діючої системи охорони здоров'я.

Натомість виявилось характерним для опитуваних у період захворюваності (в не дуже важких випадках) орієнтація на самолікування. Таке надання переваги самолікуванню є серйозною медико-соціальною проблемою. Однією із самих серйозних проблем, на думку експертів, виступає загальна орієнтація населення на самолікування. Неконтрольоване самолікування, передовсім, викликає розвиток патологій, які не діагностуються певний проміжок часу. Це впливає на ступінь важкості патології, з якою пацієнт згодом потрапляє до медичного закладу. Безконтрольне самолікування не дає довгострокового ефекту стабілізації стану здоров'я, призводячи до серйозних органіко-патологічних змін в організмі людини.

Аналіз відповідей з питання щодо визначення провідних факторів, які в даний час найбільшою мірою впливають на погіршення здоров'я опитуваних, дав наступні результати: погана екологія – 86%; стреси – 62,5%; орієнтація населення на самолікування – 70%; низька якість продуктів харчування – 65,5%; низький лікувальний потенціал медичних закладів (зокрема, нестача медичного устаткування, спеціалізованих кадрів тощо) – 32%; відсутність санітарно-просвітницької і медико-соціальної роботи – 20%.

Значна група чинників ризику представлена способом життя населення. Щодо поширення шкідливих звичок серед опитуваних, нами були отримані наступні результати. Серед поширених шкідливих звичок лідирують алкоголізація і тютюнопаління – 50%; гіподинамія, зниження рівня

поширення фізкультури та спорту – 20%; нездорове, неповноцінне харчування – 80%. Дещо менший вплив, на думку опитуваних, вчиняють наступні фактори: нездорові умови праці, відсутність санітарно-просвітницької і медико-соціальної роботи, недотримання норм гігієни, неефективна організація системи охорони здоров'я, поширеність засобів нетрадиційного лікування тощо.

Отже, дотримання населенням здорового способу життя визначається місцем проживання (географічне положення, тип поселення і якість житла), проявляється у професійній сфері (вид зайнятості, умови праці та умови зайнятості). При чому спостерігається така тенденція, що один фактор впливає на інший: множинна зайнятість обмежує можливість реалізації оздоровчих заходів (відвідування медичних установ, заняття спортом, відпочинок), а також подолання хвороб (звернення до лікаря, лікування, дотримання особливого режиму).

До ідеальної моделі поведінки населення, направленої на дотримання здорового способу життя: 1) відмова від шкідливих звичок; 2) раціональне і повноцінне харчування; 3) дотримання режиму дня і повноцінний відпочинок, сон; 4) здійснення профілактичних заходів і своєчасне лікування захворювань під контролем медичного працівника; 5) трудова діяльність в безпечних умовах або мінімізація негативного впливу факторів праці.

Таким чином, дослідження самооцінки стану здоров'я населення виступає передумовою для формування завдань сфери охорони здоров'я. Вивчення особливостей поведінки населення у контексті розв'язання проблем власного здоров'я, зміст яких залежить від конкретних умов, параметрів, структурних елементів досліджуваного соціуму, актуалізує нагальне соціальне замовлення в сфері охорони здоров'я – оптимізацію медико-соціальної роботи та надання населенню допомоги медико-соціального характеру.

2.2. Рекомендації щодо оптимізації різних напрямів медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я

У першому розділі нами вже було зазначено, що основними складовими медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я є такі її напрями (або етапи): профілактичний, терапевтичний (лікувальний) і патогенетичний (реабілітаційний). Надання таких видів допомоги має покладатися не тільки на медичних, а й на соціальних працівників. Розглянемо питання оптимізації медико-соціальної роботи по кожному з наведених напрямів.

Наразі профілактичний етап медико-соціальної роботи націлений на попередження порушення здоров'я, в тому числі через попередження соціально обумовлених факторів, що мають руйнівні наслідки для життєдіяльності людини.

Медико-соціальна робота профілактичного спрямування повинна включати: проведення заходів щодо попередження соціально-залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я; формування у населення установок на здоровий спосіб життя; забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я; участь в розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях; забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я; проведення масових заходів (вакцинація, диспансеризація та ін.), що сприяють профілактиці і ранньому виявленню захворювань та ін. Профілактичний етап медико-соціальної роботи реалізується через заклади освіти, охорони здоров'я, соціального захисту населення, на виробництвах тощо [73, с. 11].

Зокрема, в Україні пріоритетним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я є сприяння здоровому способу життя. У законодавстві про охорону здоров'я, у ст. 32 дається визначення поняття «сприяння здоровому способу життя». Держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вжиття заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури

населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікарсько-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та Інших оздоровчих закладів, на боротьбу зі шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

Відповідно до цього, в Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Рекламу тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров'я людини, здійснюється відповідно до Закону України «Про рекламу».

З метою запобігання шкоди здоров'ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров'я України розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу [64, с. 145].

Підвищення рівня медичної просвіти населення, формування у нього уявлень про здоровий спосіб життя та його значення у попередженні захворювань виступає невід'ємною складовою профілактичного напрямку медико-соціальної роботи. З цією метою фахівцям необхідно максимально використовувати ЗМІ, проводити семінари, індивідуальну просвітницьку роботу медико-соціального спрямування, різноманітні форми навчання тощо.

Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, які чинять негативний вплив на здоров'я людини, та безпосереднє їх усунення чи зменшення впливу на організм (надання матеріальної і натуральної допомоги малозабезпеченим чи багатодітним сім'ям, психологічна корекція стану, патронаж «сімей соціального ризику», надання допомоги клієнтам у вирішенні правових проблем, забезпечення їх продуктами харчування, ліками, дотримання соціальних гарантій, які визначені Конституцією України).

Активним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є спільна з клієнтом робота у напрямку попередження шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю та ін.). Специфіка роботи визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним становищем сім'ї, станом його здоров'я, мірою соціальної активності, наявністю певних факторів, які впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства тощо.

Оснoву медико-соціальної роботи мають становити, вікові, статеві дані про пацієнтів, врахування професійної діяльності, адаптаційних ресурсів, стан медико-соціального середовища.

Як і медична діяльність, спрямована на попередження захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і профілактичну медико-соціальну роботу часто поділяють на первинну і вторинну. Первинна медико-соціальна робота зумовлює відновлення у населення необхідності дотримуватися здорового способу життя, вирішення цілої низки соціальних проблем суспільства, сім'ї, індивіда, досягнення певного рівня економічного розвитку суспільства. Вторинна медико-соціальна робота зумовлює створення певних соціальних умов, які дозволяють особистості без шкоди для здоров'я краще адаптуватися у соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчувати себе особистістю, а також вирішення цілого ряду інших соціальних проблем (забезпеченості необхідними житловими умовами, транспортом, харчуванням, професією, яка відповідає стану здоров'я, усунення шкідливих звичок тощо).

Не менш важливим напрямом медико-соціальної роботи є вирішення проблеми усунення факторів, які сприяють формуванню хвороби. При цьому фахівцеві необхідно визначити роль кожного соціального фактору та їх сукупності в генезі патологічного процесу в організмі хворого (паління, вживання алкоголю, шкідливе виробництво тощо). Зрозуміло, що без їх вирішення неможливо здійснити ефективне лікування захворювань, попередити їх прогресування і розвиток ускладнень.

Терапевтичний (лікувальний) етап медико-соціальної роботи націлений на діагностику і лікування захворювань, тому здійснюється в медичних установах (як правило, з використанням стаціонарних форм медичного обслуговування). Оскільки метою соціальної роботи у сфері охорони здоров'я є забезпечення професійної допомоги людям, чийі можливості соціального функціонування в суспільстві порушені або можуть бути порушені внаслідок захворювання або нещасного випадку, то на цьому етапі головним завданням фахівців соціально-медичного спрямування стає допомога хворим та їх родинам у подоланні соціальних й емоційних проблем, які супроводжують захворювання і стан обмежених можливостей. Іншими словами, метою медико-соціальної роботи на даному етапі є створення максимально комфортних умов для перебування людини в лікарні.

Адже роль пацієнта, навіть у такій лікарні, де притримуються найгуманніших принципів і працює делікатний персонал, для дуже чутливого хворого пов'язана з ризиком «знеособлювання», коли він розглядається лише як об'єкт для медичних маніпуляцій. Як доводить життєва практика, люди дуже тонко відчують цю знеособленість і небажання (або неможливість) медперсоналу перейматися душевними проблемами кожного пацієнта. Труднощі, пов'язані з фізіологічними потребами, невмінням користуватися новими приладами або необхідністю в отриманні допомоги, бентежать і знижують самооцінку пацієнта, тим більше, що замість допомоги можна отримати на свою адресу закиди та образи. Як результат, знижується мотивація щодо успішної взаємодії з персоналом, виникає небажання підкорюватися медичним вимогам і режиму, які є необхідними для закінчення лікування. Отже, негативні відчуття і поведінка неминуче ускладнюють процес видужування і збільшують час госпіталізації [60, с. 29].

Соціальні працівники саме ті фахівці, які здатні вплинути на процес надання медичної допомоги, з огляду на потреби пацієнта, та залучити його в терапевтичний процес. Для цього необхідно, передовсім, розв'язати психологічні проблеми, пов'язані з адаптацією людини до лікарняних умов,

до виявленого захворювання та прогнозів щодо нього. Тривога, депресія, відчуття безпорадності, безсилля і безнадійності – це типові реакції не тільки на захворювання, як реально загрожують життю, але і захворювання, що вимагають зміни поведінки людини, що супроводжуються тривалим лікуванням і т. п. Фахівець з соціальної роботи має займатися саме стражданнями пацієнта, полегшення та подолання яких підвищує ефективність лікування. Результатами діяльності соціальних працівників у даному випадку є: підтримка емоційної рівноваги пацієнтів (клієнтів), зберігання позитивної самооцінки, продовження відносин з родиною і друзями, наявність готовності до змін в свого життя тощо.

Крім роботи з самим хворим, іншим важливим полем для професійної діяльності соціального працівника є робота з його сім'єю, адже госпіталізація або хронічне захворювання когось з її членів може серйозно вплинути на функціонування родини в цілому. А у випадку, коли пацієнтом стає дитина, роль сім'ї зростає в рази; при цьому сама родина може також потребувати психологічної підтримки. Отже, емоційні та інші проблеми сім'ї хворого мають стати турботою спеціалістів із соціальної роботи. У даному випадку великого значення набуває консультативна робота, яка представляє собою симбіоз освітньої, психологічної і посередницької допомоги, що допомагає усвідомити і прийняти ті обов'язки, які родина повинна взяти на себе в процесі лікування клієнта [72, с. 30].

Не викликає жодних сумнівів важливість соціальної роботи з важко хворою дитиною та її батьками у стаціонарному лікувальному закладі. Така взаємодія фахівця з клієнтами, на думку науковців, набуває особливого характеру. Оскільки у період госпіталізації відбувається відрив дитини від звичних і природніх умов розвитку, розриваються соціальні зв'язки і виникає дефіцит звичайного, не спотвореного хворобою, спілкування, змінюється ситуацію в середині самої сім'ї і т. д. Іншими словами, разом із захворюванням дитини в родині не тільки з'являються нові проблеми, а й загострюються поточні. У даному випадку діяльність фахівця соціальної сфери передбачає

швидке реагування на кризову ситуацію в сім'ї хворої дитини і пошук шляхів її подолання. Однією з форм соціальної роботи з сім'єю є консультування. Така форма взаємодії є вкрай необхідною і затребуваною, оскільки період стаціонарного лікування дитини стає найбільш важким для сім'ї, а тому батьки повинні постійно відчувати можливість звернутися по допомогу, поділитися своїми переживаннями, отримати потрібну інформацію тощо [12, с. 91].

Поряд з індивідуальним консультуванням в роботі з батьками соціальний працівник організовує групи взаємодопомоги. Групові методи роботи дають можливість обмінюватися досвідом, отримувати підтримку групи. Крім того, знайомство з батьками, у яких також є хворі діти, може допомогти подолати почуття безпорадності і самотності.

Окрім зазначених функцій, соціальний працівник лікарні виконує функцію посередника між хворою дитиною і лікарем чи родичами дитини і лікарем. В той же час соціальний працівник взаємодіє з медичним персоналом, обговорює можливі підходи до дітей.

Слід зазначити, що діяльність соціального працівника не обмежується рамками медичної установи. Соціальний працівник здійснює зв'язок між фахівцями різних установ та координує їх роботу, намагається забезпечити хворому і його родині надання всебічної допомоги. Крім того, ще одним напрямком діяльності соціального працівника є 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.

2.3. Урахування гендерного підходу до медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я

Діяльність щодо охорони здоров'я населення є одним з пріоритетних напрямів соціальної роботи. Соціальні працівники медичного профілю працюють у сфері профілактики, реабілітації та патрунування клієнтів і пацієнтів – чоловіків і жінок. У роботі медичних закладів, реабілітаційних та кризових центрів знання щодо гендерної специфіки і диференціації порушень здоров'я у чоловіків і жінок є надзвичайно важливими.

У зв'язку з переосмисленням у другій половині ХХ ст. багатьох стереотипів статево-рольової ідентифікації суспільства, сьогодні розуміння теорії і практики соціальної роботи загалом і медико-соціальної спеціалізації зокрема здійснюється в межах наукової категорії «гендер» (gender – соціальна стать), яка відбиває специфіку реагування чоловіків і жінок, як окремих соціально-демографічних груп, на соціальні і медичні проблеми.

На початку 1990-х років в США питання жіночого здоров'я, включаючи психічні захворювання, наркоманію та алкоголізм, викликали безумовний інтерес в теорії і практиці медицини, а також у засобах масової інформації. Увагу громадськості привернули дані декількох досліджень, які доводили, що більшість інформації щодо причин, лікування та профілактики захворювань (чи то шизофренія, хвороби серцево-судинної системи або рак) ґрунтується на теоріях, створених медиками-чоловіками. Багато років медичне знання про жіноче здоров'я – від етіології (наука про причини захворювань) до клінічного лікування, від діагностики до профілактики – в основному акумулювалось на результатах досліджень, проведених чоловіками, та лікуванні, перевіреного на чоловіках і підтвердженого даними, які ігнорували стать як суттєву ознаку і залежну змінну.

Аналіз гендерно орієнтованої наукової літератури з досліджуваного питання (Т. Бендас, О. Ярська-Смирнова та ін.) свідчить, що в медико-соціальній роботі актуалізується гендерна перспектива, адже стать виступає одним із значущих факторів і залежною змінною у питаннях здоров'я

населення. Гендерний підхід передбачає, що протягом життя чоловіки і жінки стикаються з різними випробуваннями, виконують різні ролі, отримують різну винагороду і набувають різних статусів. У результаті біологічні і соціальні фактори, які нашаровуються одне на одне, призводять до статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками не тільки у різних сферах життєдіяльності, але й у питаннях, пов'язаних з їхнім здоров'ям (спосіб і тривалість життя, схильність до певних захворювань, ступінь стурбованості власним здоров'ям та ін.).

Необхідно враховувати, що статеві відмінності у питаннях здоров'я підсилюються під впливом взаємодіючих між собою факторів доходу, освіти, раси, етнічності й віку. Мова йдеться про параметри соціальної диференціації суспільства, які при певних умовах стають підґрунтям для соціальної нерівності, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Соціальна і культурна стратифікація здоров'я і хвороби – відомий факт, який вивчається культурологами, соціологами, медиками, психологами і соціальними працівниками.

Представники різних демографічних груп різняться у поглядах щодо хвороби і здоров'я, моделей способу життя, доступу до медичної допомоги та інших показників. Особливості місця проживання, навколишнього середовища, соціального оточення, культурних традицій – все чинить вплив на стан здоров'я та рівень смертності серед соціальних груп і, таким чином, створює соціальну нерівність у сфері охорони здоров'я. Наприклад, проблема доступу до медичної допомоги обумовлена не тільки неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я і медичної інфраструктури, а й неможливістю незабезпечених та соціально вразливих верств населення сплатити за високоякісні методи лікування і профілактики захворюваності. Отже, очевидно, що рівність у здоров'ї прямо залежить від соціальної рівності, яке у більшості суспільств не можливе [58, с. 105].

Рівний доступ для чоловіків і жінок до медичного обслуговування закріплений Конституцією України та основними законодавчими

документами, присвяченими охороні здоров'я громадян, а також міжнародними конвенціями і деклараціями щодо гендерної рівності, ратифікованих нашою державою. Наразі важливим видається завдання щодо реалізації гендерних принципів у практичній діяльності сфери охорони здоров'я. Для цього важливим є перехід від гендерно-нейтральної моделі надання медичної допомоги (яка не враховує гендерні особливості і відмінності, часто призводить до утисків за статевою ознакою, помилок в діагностиці, лікуванні, реабілітації жінок і чоловіків) до посилення гендерно чутливої складової системи медичного обслуговування населення.

Сьогодні гендерна специфіка здоров'я стала предметом дослідження соціальної та медичної наук. Вченими активно розглядаються гендерні питання здоров'я, обговорюються можливості впровадження гендерно чутливого підходу до сфери охорони здоров'я, а також роль фахівців соціальної та медичної сфери у його реалізації.

Передовсім варто відзначити, що урахування гендерного аспекту в медико-соціальній роботі повинно базуватися на професійній компетентності соціальних працівників, що включає знання гендерної специфіки медичних, соціальних і психологічних проблем чоловіків та жінок; передбачає делікатне, тактовне ставлення фахівців (лікарів і медичного персоналу, соціальних працівників, психологів) до гендерних проблем людей з проблемами здоров'я, до специфіки самовираження їхньої гендерної ідентичності, до тих труднощів, які доводиться переживати жінкам і чоловікам в період хвороби.

Для того, щоб застосовувати на практиці гендерний підхід, соціальним і медичним працівникам необхідно фіксувати ті думки й почуття, які виникають у них при взаємодії з пацієнтами різної статі. Рефлексивне спостереження відіграє важливу роль під час соціального і медичного обслуговування, оскільки як в процесі, так і після спілкування з клієнтами, фахівцям необхідно самотійно відповісти на питання:

- Чи є будь-які упередження щодо прогнозу взаємодії з пацієнтом – жінкою / чоловіком?
- Чи відрізняється ставлення до пацієнтки-жінки від ставлення до пацієнта-чоловіка і чому?
- Чим пояснюється різниця в поведінці, сприйнятті хвороби і лікування чоловіків і жінок?
- Чи беруться до уваги аргументи не на користь жінок, що підтверджує їх неповноцінність?

Кожен з етапів медичної допомоги може бути оцінений з застосуванням критеріїв гендерної чутливості.

Гендерний підхід в охороні здоров'я – це врахування гендерних аспектів при аналізі системи охорони здоров'я і формуванні політики в цій сфері. Відповідно, гендерні аспекти проблеми здоров'я та його збереження повинні акцентувати увагу на таких проблемах: 1) перелік факторів, які погіршують стан здоров'я чоловіків і жінок; 2) гендерні особливості та відмінності у стані здоров'я чоловіків і жінок; 3) гендерні особливості і відмінності в показниках захворюваності (хто більше або менше хворіє), смертності чоловіків і жінок; 4) вплив способу життя чоловіків і жінок на стан здоров'я. Розглянемо зазначені особливості.

Варто відзначити, що у більшості наукових робіт акцент робиться саме на статевих відмінностях при висвітленні проблеми здоров'я. На думку Т. Бендас, така позиція авторів зумовлена передовсім поширенням міфів про більшу стурбованість жінок власним здоров'ям та їхню схильність до частих відвідувань лікарів і медичних закладів на противагу чоловікам, які порівняно менше переймаються проблемами свого здоров'я (відповідність гендерному стереотипу про «сильну статтю», яка має «залізне здоров'я» і не звертає увагу на хворобливі симптоми).

Крім того, на створення і поширення міфів про статеві відмінності у питаннях здоров'я свого часу сильно вплинули погляди американського соціолога Талкотта Парсонса. Так, ще у 1951 році він стверджував про

властивий жінкам експресивний стиль і вважав природним явищем, коли вони демонструють свою хворобливість, адже суспільство дозволяє їм бути слабкими. Тому жінки з готовністю приймають і виконують таку роль.

У 1980-х рр., досліджуючи фактори впливу на стан здоров'я чоловіків і жінок, зарубіжні автори з'ясували певні відмінності, детерміновані змістом діяльності. Оскільки типовим чоловіком у багатьох зарубіжних країнах був працюючий чоловік, а типовою жінкою – заміжня домогосподарка, то і фактори впливу на здоров'я виявилися пов'язаними з цими відмінностями. Для чоловіків вирішальними виявилися його соціальний статус, робота й посада, а також наявність близького партнера. Для жінки – статус заміжньої жінки і матері, а також умови ведення домогосподарства. У результаті цих досліджень, у 1970–80-х рр. у західній науковій думці домінувала ідея щодо статевих відмінностей у питаннях здоров'я: «Жінки хворіють, а чоловіки – помирають». Проте у 1990-х рр. міф про надмірну хворобливість жінок почав розвінчуватися, оскільки і чоловіки, і жінки почали частіше говорити про проблеми зі здоров'ям [6, с. 90].

Соціальні трансформації, які відбулися протягом останніх десятиліть у багатьох країнах, призвели до зменшення вказаних гендерних відмінностей, і сьогодні прийнято вважати, що поєднання всіх трьох гендерних ролей – професійної, шлюбної і батьківської – однаково впливає на здоров'я обох статей. Проте, на думку авторів, для жінки таке поєднання є складнішим, передовсім через труднощі і навантаження, які виникають в результаті виконання нею двох останніх ролей.

Для того, щоб уявити сучасну гендерно-специфічну картину захворюваності, розглянемо відмінності у фактичних показниках порушення здоров'я у чоловіків і жінок. Аналіз міжнародної і вітчизняної статистики допомагають оцінити фактори ризику для здоров'я чоловіків і жінок. При цьому варто розібратися, наскільки відмінності у здоров'ї чоловіків і жінок визначаються способом життя або іншими соціальними причинами, а не суто фізіологічними факторами.

Так, у більшості країн світу фіксується низька тривалість життя і високий рівень смертності чоловіків у всіх вікових групах, тому статеві відмінності у показниках смертності обговорюються передовсім демографами та соціологами. Тільки у чотирьох країнах світу, за даними ООН, зареєстрована однакова тривалість життя чоловіків і жінок або, навіть, дещо вища тривалість життя чоловіків. Це Бангладеш, Індія, Мальдіви і Непал.

В Україні цей розрив є значним і перевищує 11 років. За статистичними даними, середні показники тривалості життя становлять для жінок – 74 роки, для чоловіків – 63 роки. Така разюча різниця в тривалості життя є характерною для пострадянських країн та країн колишнього так званого «соціалістичного табору». Наразі зафіксовано два піки, коли чоловіки помирають особливо часто. Це періоди – 25-29 років і 40-44 роки. Відповідно, серед людей похилого віку набагато більше жінок, ніж чоловіків, особливо у старших вікових групах [69, с. 38].

На думку науковців (М. Маєрчик, О. Плахотнік, Є. Холостова, О. Ярська-Смирнова та ін.), великий розрив у рівні середньої очікуваної тривалості життя чоловіків і жінок свідчить про несприятливі умови життя переважно чоловічого населення і значний «внесок» у сукупний показник смертності, передовсім смертності від «зовнішніх» причин (нещасні випадки, отруєння неякісними продуктами й напоями, дорожньо-транспортний та виробничий травматизм, вбивства і самогубства тощо). Ці випадки, як правило, є гендерно детермінованим, адже пов'язані зі способом життя та особливостями праці чоловіків.

Еталони чоловічого стилю життя, чоловічої сили і чоловічого здоров'я романтизовані і вимагають жертв. Відповідно до гендерних моделей поведінки, серед чоловічого населення, особливо молодих вікових категорій, заохочується ризикована поведінка, небезпечне водіння автомобілів і мотоциклів, розв'язання конфліктних ситуацій за допомогою бійок, нехтування правилами безпеки на дозвіллі, байдужість до власного здоров'я,

небезпечні умови праці тощо. Частину образу «справжнього чоловіка» складають зброя, війна, шрами. Не помічати біль, працювати без відпочинку, не дотримуватися правил гігієни, не жалітися, не звертатися до лікарів через «дрібниці» – ці девізи закладаються у свідомість багатьох хлопчиків у ранньому віці. Отже, ідеал «супермена» вимагає поведінки, яка виснажує сили організму і, порівняно з групою жінок такого ж віку, частіше стає причиною смертності в основному молодих чоловіків. Що стосується тривалості життя жінок, то їхня смертність статистично зростає і набуває масового характеру вже після 65 років [5, с. 168].

Порівняно з показниками смертності, показники захворюваності для різностатевих груп населення не відображають реального становища, а пропонують приблизну оцінку. На думку науковців, це може бути пов'язане з тим, що більшість випадків поганого самопочуття, хворобливих станів, а також тяжких захворювань іноді залишаються незареєстрованими з різних причин (відсутність доступу до медичної допомоги, нехтування симптомами хвороби та ін.).

Наявні у науковій літературі факти дозволяють нам визначити загальну тенденцію гендерних особливостей стану здоров'я чоловіків і жінок. Загалом, авторами відзначаються гендерні відмінності в показниках захворюваності жінок і чоловіків: жінки частіше за чоловіків хворіють, але живуть довше; чоловіки рідше хворіють, але раніше вмирають. Однак існує ймовірність того, що насправді жінки хворіють не частіше, ніж чоловіки, а просто в силу різних обставин, більш чутливо ставляться до свого організму і при перших симптомах захворюваності поспішають його усунути. Також спостерігається, що жінки є більш вразливими до хронічних патологій, які не є основними причинами смертності. Чоловіки в більшій мірі страждають на хронічні захворювання, які загрожують життю.

Ще одне проблемне поле гендерно обумовлених аспектів медико-соціальної роботи пов'язане з гендерними особливостями перебігу різних хвороб у чоловіків і жінок. Зокрема, досліджуючи проблему поширеності

психічних розладів з розбивкою за статевою ознакою, більшість науковці указують на те, що: 1) відсутні чіткі відмінності за статтю в рівнях захворюваності на шизофренію; 2) показники загального настрою і стану тривожності незмінно вище у жінок, незалежно від місця і часу; 3) показники особистісних порушень незмінно вище у чоловіків, незалежно від часу і місця.

Ці результати спростовують твердження про те, що психічні порушення частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, і що зміна ролі статей в житті суспільства сприяє більшому поширенню психічних захворювань серед жінок. Захворюваність в залежності від статі залишається незмінною, хоча і проявляється по-різному: у жінок вища схильність до депресії і тривожності, в той час як чоловіки частіше страждають від порушення особистості.

Спроби усвідомити, яким чином психічні захворювання вражають жінок і чоловіків, робляться, перш за все, в сучасній соціології і соціальній роботі. Зокрема, причини жіночої депресії розкриваються за допомогою аналізу сімейних обов'язків жінки, соціальної ізоляції та впливу запропонованих соціальних ролей. Жінки схильні до стресу також в результаті свого вторинного статусу в суспільстві. Багатьом з них доводиться поєднувати набагато більшу кількість обов'язків, ніж чоловікам, і виконувати різні ролі протягом життя; внутрішньосімейний розподіл хатніх обов'язків і виховання дітей часто створюють у жінок рольове перевантаження і підвищене нервово-психічне напруження, що викликають порушення нервово-психічного здоров'я. Відсутність самореалізації в трудовій діяльності також призводить до депресії. Тому, за даними досліджень, психічне здоров'я домогосподарок виявляється, як правило, гірше, ніж у працюючих жінок [58, с.121].

Акцент на жіночому психічному здоров'ї не означає, що чоловіки не страждають психічними захворюваннями, або що стреси, які викликає сучасний ритм життя, не позначаються на стані здоров'я та благополуччі чоловіків. У нашому суспільстві чоловіки: 1) несуть тягар примусу, не маючи вибору і свободи дій; 2) повинні постійно дотримуватися ролі «агресивної

мужності», яку пропонує суспільство; 3) не можуть забезпечити свої сім'ї так, як вважають за необхідне. Все це створює значний емоційний і психічний стрес, який іноді провокує зловживання алкоголем або іншими травмуючими їхню психіку речовинами, а іноді сприяє виникненню психічних розладів.

Чоловіки частіше за жінок втрачають рухові здібності, частіше страждають психічними розладами, частіше втрачають зір і слух, у них в ранньому віці виникають проблеми з пам'яттю і міжстатевими контактами. Однак у чоловіків існують сильні захисні механізми: наприклад, в дитинстві більш розвинена права півкуля забезпечує стриману реакцію на травмуючі обставини; стресостійкість також підкріплюється дією гормону тестостерону. Але формування у хлопчиків і чоловіків з раннього дитинства наполегливості та цілеспрямованості призводить до їхнього швидкого психічного вигорання. Ознаками стресу можуть бути оборона, депресія, дезорганізованність, непокору, залежність і труднощі в ухваленні рішень тощо [58, с.124].

Проте традиційна психіатрія й досі залишається не гендерно-орієнтованою. Більшість діагностичних описів в підручниках з психіатрії відрізняються відсутністю будь-яких посилань на статеву диференціацію виникнення, протікання і профілактики психічних порушень.

Проблеми репродуктивного здоров'я змінюють свій масштаб – виходять зі сфери компетенції тільки Міністерства охорони здоров'я і стають одними з першочергових питань для соціальної політики держави.

Відомо, що основне навантаження на жіночий організм відбувається протягом вагітності, пологів та у післяпологовий період. Саме в цей час більшою мірою проявляються захворювання крові та органів кровообігу, загострюються захворювання нирок та інших органів і систем. До переліку захворювань, які можуть розвинути в жінки у репродуктивному віці і вплинути на фертильність, відносять: анемію, захворювання нирок, пізні токсикози в період вагітності, рак молочної залози, злоякісні пухлини інших

репродуктивних органів, післяпологові психози, сепсис, ускладнення після штучного переривання вагітності і, нарешті, материнську смертність.

Стан репродуктивного здоров'я чоловіків також викликає побоювання. І, хоча традиційно цьому питанню приділяється менше уваги, проблема зміцнення чоловічого здоров'я в сфері репродукції не менш актуальна. Число чоловіків, які страждають від простатиту, зростає; за приблизними оцінками до 25% чоловіків схильні до цього захворювання. Крім того, до 30% чоловіків репродуктивного віку страждають безпліддям.

Отже, проблеми репродуктивного здоров'я є і у чоловіків, проте вони відверто поступаються за кількістю та масштабами захворювань у жінок, порушення здоров'я яких пов'язані з соціальною, освітньою (включаючи освіту у сфері охорони здоров'я), економічною і політичною дискримінацією жінок: підлітковою вагітністю, ранніми шлюбами, повторними вагітностями з коротким інтервалом між ними, культурним неприйняттям сучасних засобів контрацепції або відсутністю доступу до них, поганим харчуванням.

Гендерними аспектами проблеми планування сім'ї та репродукції є: врахування задоволення різних потреб як жінок, так і чоловіків; розширення переліку послуг, що надаються жінкам, новонародженим і чоловікам-партнерам у пологових будинках та перенатальних центрах країни (заняття з допологової підготовки, партнерські пологи тощо).

Висновки до розділу 2

У процесі роботи над другим розділом ми дійшли висновку, що сьогодні зазначеного актуальності набуває проблема здорового способу життя, основними складовими якого є: раціональне харчування; повноцінний сон; дотримання режиму дня; дотримання гігієнічних норм і правил; відмова від шкідливих звичок; дозовані фізичні навантаження; психологічний комфорт. Результатами опитування доведено, що дотримання населенням здорового способу життя визначається місцем проживання, професійною зайнятістю,

умовами праці, реалізацією оздоровчих заходів (відвідування медичних установ, заняття спортом, відпочинок), можливостями подолання хвороб (звернення до лікаря, лікування, дотримання особливого режиму). Визначено, що рівень самооцінки населенням стану власного здоров'я актуалізує соціальне замовлення в сфері охорони здоров'я – надання допомоги медико-соціального характеру.

Наголошено на необхідності оптимізації медико-соціальної роботи у сфері охорони здоров'я, яка полягає передовсім у підготовці спеціалістів із соціальної роботи, здатних ефективно працювати в медичній галузі, та підвищенні кваліфікації соціальних працівників, які потребують спеціалізованих знань щодо певних сфер охорони здоров'я населення. Детально розглянуто зміст профілактичного етапу медико-соціальної роботи, який має на меті попередження порушення здоров'я (заходи профілактичного і санітарно-просвітницького спрямування, формування у населення установок на ЗСЖ, доступ до інформації з питань здоров'я, розробкам цільових програм медико-соціальної допомоги та ін.). Розкрито роль соціального працівника на терапевтичному етапі медико-соціальної роботи, метою діяльності якого є створення максимально комфортних умов для перебування пацієнта в лікарні та психологічна підтримка його рідних.

Актуалізована гендерна перспектива у медико-соціальній роботі, адже стать виступає одним із значущих факторів і залежною змінною у питаннях здоров'я населення, статеві відмінності у питаннях здоров'я підсилюються під впливом взаємодіючих між собою факторів доходу, освіти, раси, етнічності й віку. Наголошено на важливості реалізації гендерних принципів у практичній діяльності сфери охорони здоров'я і переходу від гендерно-нейтральної моделі надання медичної допомоги (яка не враховує гендерні особливості і відмінності, часто призводить до утисків за статевою ознакою, помилок в діагностиці, лікуванні, реабілітації жінок і чоловіків) до посилення гендерно чутливої складової системи медичного обслуговування населення.

ВИСНОВКИ

Систематизація теоретичних засад медико-соціальної роботи дозволили розкрити практичний потенціал роботи соціального працівника у сфері охорони здоров'я та уможливили сформулювати наступні **висновки**:

1. Висвітлення сутності медико-соціальної роботи дозволило визначити поняття «здоров'я» як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів» (Преамбула статуту ВООЗ, 1948 р.).

З'ясування концептуальних основ медико-соціальної роботи дає можливість стверджувати, що більшість авторів визначають її як різновид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я пацієнта. Доведено, що здійснення медико-соціальної роботи принципово змінює характер допомоги пацієнтам, оскільки передбачає здійснення системних соціально-медичних впливів на більш ранніх стадіях захворювання і соціальної дезадаптації, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летального результату.

Виявлено коло клієнтів (пацієнтів) соціального працівника медичної спеціалізації, до яких відносимо різні контингенти осіб, які мають виражені медичні та соціальні проблеми, що взаємно потенціюють одна з одною, і вирішення яких є проблематичним в межах односторонніх професійних заходів.

Визначено складові медико-соціальної роботи (профілактичний, терапевтичний і реабілітаційний напрями), а також функції, які виконуються соціальним працівником у сфері охорони здоров'я (медико-орієнтовані, соціально-орієнтовані та інтегративні функції).

2. Проаналізовані медико-соціальні аспекти здоров'я в законодавстві України. Зокрема встановлено, що основним джерелом права у сфері охорони здоров'я України є законодавство як система взаємоузгоджених законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів в зазначеній сфері,

які складають правову основу медико-соціальної роботи: Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, спеціальні закони в окремих сферах медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання та ін.), галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю та ін.), акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази і розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження МОЗ України, нормативно-правові акти інших органів влади) тощо.

Установлено, що за висновками експертів, вітчизняна нормативно-правова база сфери охорони здоров'я має бути доопрацьованим, щоб відображати реалії та практичні можливості для поліпшення ситуації в сфері охорони здоров'я з урахуванням справедливого (тобто однакового для всіх) гарантованого рівня медичної допомоги.

3. Висвітлено зміст медико-соціальної роботи з різними категоріями клієнтів у закладах охорони здоров'я. Встановлено, що соціальні працівники медичної спеціалізації можуть консультувати з правових питань пацієнтів; забезпечувати психологічну підтримку хворих та їх рідних; здійснювати соціально-психологічну підтримку людей похилого віку та невиліковно хворих в стаціонарних закладах охорони здоров'я, хоспісах; надавати первинну психологічну допомогу в лікарнях жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку; організовувати реабілітаційну роботу для людей з інвалідністю у медико-соціальних реабілітаційних центрах; реалізовувати спеціальні соціальні програми для особливих категорій пацієнтів (наркозалежних, психічнохворих, ВІЛ-інфікованих) у наркологічних і психіатричних лікарнях, центрах боротьби та профілактики СНІДу та ін.

4. У межах експериментального вивчення самооцінки населенням рівня власного здоров'я, досліджено фактори впливу на стан здоров'я, серед яких найпоширенішими виявилися такі: погана екологія; стреси; орієнтація

населення на самолікування; низька якість продуктів харчування; низький лікувальний потенціал медичних закладів (зокрема, нестача медичного устаткування, спеціалізованих кадрів тощо); відсутність санітарно-просвітницької і медико-соціальної роботи. Зокрема, останній у переліку факторів, визначений нами в результаті опитування, дозволяє нам стверджувати про потребу в отриманні населенням допомоги медико-соціального характеру та актуалізує роботу соціальних працівників у сфері охорони здоров'я.

5. На основі результатів проведеного опитування, визначено перелік необхідних заходів на різних етапах медико-соціальної роботи. Доведено важливість профілактичного етапу медико-соціальної роботи, в межах якого особливого значення набувають: заходи щодо попередження соціально-залежних порушень здоров'я; заходи щодо формування у населення установок на здоровий спосіб життя; забезпечення доступу пацієнтів до інформації з питань здоров'я; участь соціальних працівників у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях; забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я; популяризація і проведення масових заходів (вакцинація, диспансеризація та ін.), що сприяють профілактиці і ранньому виявленню захворювань та ін. Профілактичний етап медико-соціальної роботи повинен максимально реалізовуватися через заклади освіти, заклади охорони здоров'я та соціального захисту населення, на виробництвах тощо.

Висвітлено терапевтичний етап медико-соціальної роботи, який націлений на діагностику і лікування захворювань, має здійснюватися в медичних установах і включати допомогу хворим та їх родинам у подоланні соціальних й емоційних проблем, які супроводжують захворювання.

Визначено, що надзвичайно важливим у роботі медичних закладів є врахування гендерної специфіки та диференціації порушень здоров'я у чоловіків і жінок. Підтверджено, що представники різних демографічних груп різняться у поглядах щодо хвороби і здоров'я, моделей способу життя,

доступу до медичної допомоги та інших показників, що чинить вплив на стан здоров'я та рівень смертності серед соціальних груп (чоловіків і жінок) і, таким чином, створює соціальну нерівність у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксьонова С. Ю. Середній вік матері при народженні дитини: чи можлива реверсія? // Демографія та соціальна економіка. 2018. № 2 (33). С. 53-66.
2. Бойчук Ю. Д. Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини та суміжних з ним понять // Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колект. монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 5-16.
3. Вороненко Ю. В., Прус Л. О., Чуйко А. П. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Київ: Здоров'я, 2002. 358 с.
4. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. 2006. № 5 (55). С. 5–10.
5. Гендер для медій. Підручник із гендерної теорії для журналістики та інших соціогуманітарних спеціальностей. Розділ 10. Числові дані як створення гендерних дискусій та дискурсів / За ред. М. Маєрчик, О. Плахотнік, Г. Ярманової. Київ: Критика, 2013. С. 166-175.
6. Гендерная демография // Бендас Т. В. Гендерная психология: учебное пособие. Санкт-Петербург: Питер, 2006. С.85- 103.
7. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с.
8. Гончаренко О. В. Технологія медико-соціальної роботи в системі охорони здоров'я // Технології соціальної роботи і соціальної допомоги в умовах трансформаційного періоду: навч.-метод. посібник / за заг. ред. А. О. Полянничко, А. В. Кирилюк. Суми: ФОП Цьома, 2020.
9. Гончаренко О. В., Полянничко А. О. Впровадження медико-соціальної складової у процес підготовки соціальних працівників // International scientific and practical conference «Psychology and pedagogy as sciences of formation and development of modern personality»: conference proceedings,

December 27-28, 2019. Wloclawek: Izdevnieciba «Baltija Publishing». P. 116-120.

10. Гончаренко О. В., Поляничко А. О. До питання змісту медико-соціальної складової підготовки соціальних працівників // Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». Випуск 1 (11). 2020. С. 63-66.
11. Гончаренко О. В. Фахова підготовка соціальних працівників до роботи у сфері охорони здоров'я // Вісник КНЛУ. Серія Педагогіка та психологія. Випуск 32. 2020. С. 125–133.
12. Грищенкова Е. Н. Деятельность социального педагога в медицинских учреждениях, осуществляющих стационарное лечение // Молодой ученый. 2011. №7. Т.2. С. 90-94.
13. Громадське здоров'я / за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: Нова книга, 2012. 560 с.
14. Данко Д. В. Історичні аспекти медико-соціальної роботи // Актуальні проблеми сучасної соціології, соціальної роботи та професійної підготовки фахівців: Матеріали доповідей та повідомлень Міжнародної науково-практичної конференції / За ред. проф. І. В. Козубовської, проф. Ф. Ф. Шандора. Ужгород, 2016. С. 51–52.
15. Данко Д. В. Медико-соціальна робота з різними категоріями клієнтів // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Вип. 33. С. 51-54.
16. Данко Д. В. Соціальна робота в медичній сфері // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка, соціальна робота. 2011. Вип. 23. С. 39–41.
17. Динаміка захворюваності населення на соціально небезпечні хвороби / М.І. Ципко, О.В. Розум, М.О. Крисько, А.І. Якобчук // Про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. Щорічна доповідь, 2010 рік. Київ: Здоров'я, 2011. С. 74–96.

18. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. ВОЗ, 2019. 200 с. URL:
19. Доклады о состоянии здравоохранения в мире / Всемирная организация здравоохранения: Документационный центр ВОЗ. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/doklady-o-sostoyanii-zdravooxraneniya-v-mire.html>
20. Европейская база данных «Здоровье для всех». URL: <https://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>
21. Жінки і чоловіки в Сумській області: статистичний збірник / За редакцією Л. І. Олехнович. Суми: Головне управління статистики у Сумській області, 2017. 121 с.
22. Жінки й охорона здоров'я // Гендерна політика та інституційні механізми її реалізації в Україні. Національний огляд виконання Україною Пекінської декларації та Платформи дій і заключних документів Двадцять третьої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН / укл.: М. Корюкалов. Київ, 2014. С. 22-27.
23. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колект. монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
24. Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века. ВОЗ, 2013. 232 с.
25. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 7. С. 108-113.
26. Іващук Л. Ю., Онишкевич С. М. Валеологія: навч. посіб. Київ: Богдан, 2010. 400 с.
27. Іващук Л. Ю. Сучасні концептуальні чинники інтегральної характеристики здоров'я особистості і суспільства // Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колект. монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 33-40.

28. Кандиба М. Б. Зарубіжний досвід підготовки соціальних працівників у контексті соціально-медичного спрямування // // Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» / за заг. ред. проф. Є. І Коваленко. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2012. № 3. С. 154–158.
29. Клос Л. Є. Дидактичні особливості соціально-медичної компоненти професійної підготовки фахівців соціальної роботи // Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» / за заг. ред. проф. Є.І. Коваленко. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2009. № 6. Ч. 2. С. 92–97.
30. Клос Л. Є. Компетентність збереження здоров'я майбутніх соціальних працівників // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. Київ, 2012. № 1. С. 18–23.
URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/vapsv/2012_1/St_3.pdf
31. Комысова Н. А., Лебединская О. И. О роли социальных работников в решении медико-социальных проблем // Социальная работа. Вып. 1. Москва, 1992. С.150-162.
32. Конституція України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
33. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
34. Левчишина М., Острополец А. Гендерне питання в охороні здоров'я // Гендерна проблематика та антропологічні горизонти: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2012. С. 160-162.
35. Лукьянова И. Е., Сигида Е. А. Медико-социальная работа: введение в профессию: учебно-методическое пособие / Под. ред. Е. А. Сигиды. Москва, 2002. 92 с.
36. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація // Медичне право. 2013. №2(12). С. 63-74.
37. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа в наркологии. Архангельск: Изд-во Архангельской гос. мед. академии, 1998. 112 с.

38. Мартыненко А. В. О модели специалиста в области медико-социальной работы // Работник социальной службы. 1998, №2(4). С. 31-33.
39. Мартыненко А. В. Социальная работа в здравоохранении: проблемы и перспективы // Социальная работа: теория, технология, образование. Москва: МГСУ, 1996. №1. С. 57-61.
40. Мартыненко А. В. Теория и практика медико-социальной работы: учеб. пособие. Москва: Гардарики, 2007. 159 с.
41. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. Київ: Контраст, 2006. 296 с.
42. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/>
43. Основы социальной работы: учебник / отв ред. П.Д. Павленок. 2-е изд., испр. и доп. Москва: ИНФРА-М, 2003. С. 124–138.
44. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
45. Основы социальной работы: учебник / отв ред. П.Д. Павленок. 2-е изд., испр. и доп. Москва: ИНФРА-М, 2003. С. 124–138.
46. Острянюк Т. С. Соціальна робота в системі громадського здоров'я. Методичні рекомендації для організації самостійної роботи студентів спеціальності 231 Соціальна робота. Чернігів: ЧНТУ, 2018. 34 с.
47. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник / за наук. ред. І.Я. Сенюти (укр. версія). 5-те вид., доп. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2015. 989 с.
48. Пантюк И. В. Методы и технологии социальной работы: конспект лекций. Минск: БГУ, 2014. 301 с.
49. Поліщук В. А. Системний підхід до роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з формування здорового способу життя //

- Таврійський вісник освіти: збірник наукових праць. Херсон, 2013. №4. С.90-96.
50. Поліщук В. А. Технології медико-соціальної роботи у діяльності соціального працівника // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». Вип. 30. С. 131-133.
 51. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове і фінансово-економічне забезпечення. Київ: НІСД, 2012. 96 с.
 52. Проблеми гендерної рівності у галузі охорони здоров'я / ГОБ проект «Гендерне бюджетування в Україні». Київ. 2018. 26 с.
 53. Решетняк О. В., Баламут Д. П. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг // Вісник НТУ «ХПІ». 2016. № 43 (1215). С.75–79.
 54. Рингач Н. О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: гендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я // Стратегічні пріоритети. 2008. №3(8). С. 142-148.
 55. Сидоров П. И., Кучеренко В. З., Вязьмин Л. М. К истории развития здравоохранения Европейского Севера в экстремальных социально-экономических условиях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1996. №4. С.53-56
 56. Слабкий Г. О., Руснюк В. А., Істомин С. В. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я // Сучасні медичні технології. 2013. №2. С. 109-112.
 57. Соціальна робота в закладах охорони здоров'я: конспект лекцій для вивчення курсу «Соціальна робота в закладах охорони здоров'я» студентами базового напрямку «Соціологія» спец-ті «Соціальна робота» (освітньо-кваліфікаційний рівень – магістр соціальної роботи) / укл.: Л. Є. Клос. Львів: Вид-во Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2006. 96 с.

58. Социальная политика и социальная работа: гендерный подход: учеб. пособие / О. Бойко, Н. Ловцова, П. Романов и др.; под ред. Е. Ярской-Смирновой. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003. 224 с.
59. Технології збереження здоров'я у соціальній сфері: метод. вказ. до вивч. курсу «Технології збереження здоров'я у соціальній сфері» для студентів базового напрямку «Соціальне забезпечення» сп-ті «Соціальна робота» (освітньо-кваліфікаційні рівні – «магістр» і «спеціаліст») / укл. Л.Є. Клос. Львів: Вид-во Нац. уні-ту «Львівська політехніка», 2014. 54 с.
60. Технологии социальной работы: учебник / под общ ред. проф. Е. И. Холостовой. Москва: ИНФРА-М, 2003. С. 121–144.
61. 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.
62. Тимчик О. В., Маруненко І. М. Медико-соціальні основи здоров'я: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: Київськ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2013. 317 с.
63. Тугаров А. Б., Петряшкина У. О. Гендерный аспект практической социальной работы: теоретико-методологический анализ: монография / под общ. ред. Т. И. Лаврёновой. Пенза: ГУМНИЦ ПГУ, 2016. 85 с.
64. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. посіб. 2-ге вид., перероб і доп. Київ: Знання, 2008. С. 142–155.
65. Федько Г., Білий О. Соціальна активність людей похилого віку: гендерні аспекти // Соціальний захист. № 10 (жовтень). 2004. С. 38–39.
66. Формування гендерної політики в галузі охорони здоров'я. Особливості сучасної демографічної ситуації в Україні і в області // Впровадження гендерних підходів в діяльність державних органів влади, місцевого самоврядування та громадських організацій: навчально-методичний посібник / Укладач: Л.М. Артеменко. Чернігів, 2008. 54 с.

67. 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. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2004. 164 с.
68. Холмогорова Г. Т. Гиппократ о здоровом образе жизни и профилактике болезней // Профилактическая медицина. 2018. №3. С. 70-73.
69. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебное пособие. М., 2009. 296 с.
70. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/цивільний>
71. Шекера О. Г. Забезпечення прав людини у медичній галузі // Здоров'є мужчини. 2013. №2 (45). С. 22–24.
72. Шурыгина Ю. Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным аспектом): учебно-методическое пособие. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. 121 с.
73. Шурыгина Ю. Ю. Технологии и формы организации медико-социальной помощи на примере Республики Бурятия: Монография. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2006. 218 с.
74. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета «Самооцінка стану здоров'я населення»

Вік: _____

Стать: _____

Освіта: _____

Професія: _____

1. Як Ви розумієте поняття «здоров'я»?

А) Відсутність у людини хвороб і фізичних дефектів

Б) Стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів

В) Стійкість людського організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища

Г) Ваш варіант

2. Бути здоровою людиною означає:

А) Не мати серйозних захворювань

Б) Відчувати життєву енергію, бажання діяти

В) Не відчувати ніяких стресів, жити «без нервів»

Г) Ваш варіант

3. Які ознаки, на Вашу думку, притаманні абсолютно здоровій людині?

А) Красива фігура, здорове волосся і шкіра, гармонійний розвиток усіх фізичних якостей

Б) Життєрадісність, душевна рівновага та стресостійкість

В) Відсутність хвороб та хворобливих станів

Г) Відсутність фізичних вад, патологій, психічних розладів

Д) Ваш варіант

4. Як Ви розумієте поняття «хвороба»?

А) Наявність у людини хвороб та хворобливих станів

Б) Наявність у людини фізичних вад або функціональних відхилень

В) Наявність у людини хронічних захворювань

- Г) Перешкода, яку необхідно долати
 - Д) Покарання за колишні гріхи
 - Е) Виявлення вродженої слабкості організму
 - Є) Полегшення, що дає змогу усунутися від соціальних вимог і відповідальності
 - Ж) Стратегія пристосування до вимог життя (використання хвороби для отримання грошових компенсацій);
 - З) Фатальний збіг обставин, втрата можливості повноцінного існування
 - І) Ваш варіант
-

5. Бути хворою людиною означає:
- А) Мати серйозні захворювання
 - Б) Мати фізичні вади або функціональні відхилення
 - В) Постійно погано себе почувати
 - Г) Перебувати у стані постійної психологічної напруги, відчувати себе «на межі»
 - Г) Ваш варіант
-

6. Оцініть стан Вашого здоров'я?

- А) Дуже добрий
- Б) Добрий
- В) Задовільний
- Г) Поганий
- Д) Дуже поганий
- Е) Складно відповісти

7. Як Ви розумієте поняття «здоровий спосіб життя»?

- А) Комплекс корисних для здоров'я звичок
 - Б) Відсутність шкідливих звичок
 - В) Чітке дотримання режиму і планування діяльності
 - Г) Сприятливі умови життя
 - Д) Ваш варіант
-

8. Яких корисних для здоров'я звичок Ви дотримуетесь?

- А) Раціональне харчування
- Б) Повноцінний сон
- В) Дотримання режиму дня
- Г) Дотримання гігієнічних норм і правил

- Д) Відмова від шкідливих звичок
- Е) Дозовані фізичні навантаження
- Є) Психологічний комфорт
- Ж) Жодних не дотримуюсь, вони мені не потрібні

9. Як часто Вас турбує стан здоров'я?

- А) Постійно
- Б) Часто
- В) Іноколи
- Г) Рідко
- Д) Ніколи

10. Як часто Ви переймаєтеся проблемами власного здоров'я?

- А) Постійно
- Б) Часто
- В) Іноколи
- Г) Рідко
- Д) Ніколи

11. Чи звертаєтеся Ви за медичною допомогою, якщо нездужаєте?

- А) Так, завжди
- Б) Звертаюсь лише у важких випадках
- В) Ні, практично ніколи
- Г) Ваш варіант _____

12. Які Ваші дії у разі нездужання або захворювання?

- А) Звертаєтесь за медичною консультацією до лікаря
- Б) Займаєтесь самолікуванням і на власний розсуд приймаєте ліки
- В) Використовуєте засоби нетрадиційної медицини
- Г) Не вживаєте ніяких заходів
- Д) Ваш варіант _____

13. На Вашу думку, під час останнього візиту до медичної установи лікар достатньо проінформував Вас про ваше захворювання?

- А) Так – достатньо, обсяг інформації мене повністю влаштував
- Б) Ні, недостатньо, тому приходилось звертатись і до інших джерел інформації (Інтернет, родичі, інші хворі)
- В) Інформація від лікаря була вкрай обмеженою, тому переважно отримував (ла) її з інших джерел
- Г) Інформація від лікаря була вкрай обмеженою, але до інших джерел інформації не звертався

Д) Ваш варіант _____

14. Як Ви вважаєте, лікар достатньо проінформував Вас про всі можливі варіанти лікування вашої хвороби?

- А) Так, інформував
- Б) Ні, не інформував
- В) Свій варіант _____

15. Що найбільше впливає на стан Вашого здоров'я?

- А) Стан сфери охорони здоров'я і медичного обслуговування
- Б) Спадковість
- В) Екологія
- Г) Соціальне оточення
- Д) Спосіб життя
- Е) Стреси, нервові зриви

16. Чи бувають у Вас стреси, нервові зриви?

- А) Так, часто
- Б) Так, інколи
- В) Ні, ніколи
- Г) Складно відповісти

17. Визначте причини стресів у Вашому житті?

- А) Через проблеми зі здоров'ям
- Б) Через проблеми на роботі (навчанні)
- В) Через сімейні проблеми
- Г) Через проблеми у спілкуванні з дітьми
- Д) Через економічну нестабільність
- Е) Через завантаженість справами
- Є) Через житлові проблеми

18. Чи згодні Ви з твердженням «Я – здорова людина»?

- А) Так
- Б) Ні
- В) Складно відповісти
- Г) Ваш варіант _____

19. Чи вживаєте Ви алкоголь? Якщо так, то як часто?

- А) Ні, не вживаю
- Б) Так, вживаю декілька разів на рік
- В) Так, вживаю декілька разів на місяць

- Г) Так, вживаю раз на тиждень
- Д) Так, вживаю декілька разів на тиждень

20. Чи маєте Ви тютюнову залежність? Якщо так, то як часто Ви палите цигарки?

- А) Ні, взагалі не маю
- Б) Так, інколи випалюю одну-дві цигарки, не більше
- В) Так, випалюю декілька цигарок на день
- Г) Так, випалюю приблизно 10 цигарок на день
- Д) Так, випалюю пачку цигарок на день