

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Тернопільський національний економічний університет
Юридичний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

БОЖОК Вікторія Валентинівна

**Зміст та особливості соціальної роботи у сфері
охорони здоров'я / The content and features of social work
in health care**

спеціальність 231 – Соціальна робота
освітньо-професійна програма – Соціальна робота

Випускна кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
СРзм-21
В.В. Божок

Науковий керівник:
д.пс.н., професор С.К.
Шандрук

Випускну кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ А.В. Фурман

ТЕРНОПІЛЬ-2019

АНОТАЦІЯ

Божок В.В. Зміст та особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 231 «Соціальна робота». Тернопільський національний економічний університет. Юридичний факультет. Тернопіль, 2019.

У магістерській роботі здійснено концептуальне обґрунтування змісту, форм, методів, засобів і технологій соціально-оздоровчої діяльності в роботі із клієнтами у контексті реформування системи охорони здоров'я України. Зокрема, висвітлено загальнонаукові засади соціальної роботи як професійної діяльності та охарактеризовано зміст, форми, методи і засади соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. Також дано соціальну експертну оцінку реформи системи охорони здоров'я в Україні за критерієм соціальності.

ANNOTATION

Bozhok V.V. The content and features of social work in health care. – Manuscript.

Study on obtaining an educational qualification level of the master's degree in specialty 231 «Social work». Ternopil National Economic University. Faculty of Law. Ternopil, 2019.

In the master's work the conceptual substantiation of the content, forms, methods, means and technologies of social and health activities in working with clients was carried out in the context of reforming the health care system of Ukraine. In particular, the general scientific principles of social work as a professional activity are covered and the content, forms, methods and principles of social work in the field of health care are characterized. The social expert evaluation of the reform of the health care system in Ukraine by the social criterion is also given.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНОНАУКОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ЯК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	7
1.1. Теоретичне обґрунтування соціальної роботи як окремого виду професійної діяльності.....	7
1.2. Прикладні аспекти узмістовлення системи соціальної роботи.....	19
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ, ФОРМИ, МЕТОДИ І ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
2.1. Мета, завдання і зміст соціально – оздоровчої діяльності.....	28
2.2. Форми і методи соціально-оздоровчої діяльності та їх результативність у роботі з клієнтами.....	34
2.3. Засоби і технології соціально-оздоровчої діяльності індивідуальної роботи з клієнтом.....	38
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНА ОЦІНКА РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ	55
3.1. Рефлексивний аналіз реформаційних змін у сфері охорони здоров'я за критерієм соціальності.....	55
3.2. Рекомендації щодо вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні.....	63
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
ВИКОРИСТАНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА	77

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціальна робота, котра виникла як суспільне явище, як певний суспільний інститут, з часом постає об'єктом різнобічного наукового дослідження у різних сферах і галузях, зокрема медичній. Вже з кінця минулого століття можна вести мову про історію теоретичного, наукового осмислення такого явища суспільного явища як соціальна робота у лікувальних закладах. Це пов'язане не тільки з теоретичним освоєнням проблем практики соціального захисту уразливих ланок населення, людини в кризовій ситуації, але і з еволюцією, саморозвитком теоретичного знання та діяльністю окремих вчених. Соціальна робота в закладах охорони здоров'я є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої здоров'язберігаючі засновки соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації соціальних і медичних працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами. Становлення соціальної роботи у сфері збереження здоров'я зумовлене постійним погіршенням фізичного стану населення, необхідністю нагального вирішення проблем медичного і соціального характеру на якісно новому рівні, що, власне, й зумовило актуальність теми цього кваліфікаційного магістерського дослідження.

Стан наукової розробки теми. У зарубіжних наукових колах опублікована низка робіт, де так чи інакше зачіпаються питання історії теоретичного вивчення соціальної роботи у лікувальних закладах, еволюції наукових уявлень про неї. В Україні при цілковитій очевидній традиції фактологічного й історико-бібліографічного вивчення благодійності, суспільні, форми такої соціальної роботи описані досить скупо. Тому доцільно розглянути деякі найважливіші етапи і особливості теоретичних уявлень про соціальну

роботу, її наукового вивчення в ХІХ-ХХ століттях, зокрема у контексті охорони здоров'я громадян. При цьому слід підкреслити відмінність двох взаємопов'язаних явищ в науці про соціальну роботу: з одного боку, її історію описано досить докладно, показано визначення місця соціальної роботи в ході розвитку соціальної історії, історії суспільства загалом, а з іншого – наукового вивчення соціальної роботи її змісту та особливостей у сфері охорони здоров'я як специфічного об'єкта дослідження мало вивчено. Аналіз наукової, нормативної та іншої літератури свідчить, що особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я, її теоретична обґрунтованість наукове осмислення не складалося в міру вивчення соціальної ролі і сенсу такого явища суспільного життя, а також із спробами зіставити наукове вивчення соціальної допомоги нужденним з різними психологічними, соціологічними, психотерапевтичними та медичними проблемами. У більшості наявних описів історії вітчизняної соціальної роботи та за кордоном її походження як професії ідентифікується з виникненням і розвитком благодійних товариств, з якими зв'язуються і перші шаблі її теоретичного обґрунтування [1-70; 76-97]. Висвітленню сутності соціальної роботи в закладах здоров'я та різних його аспектів присвячені праці М. М. Амосова, Г. А. Апанасенко, Л. О. Попової, І. І. Брехмана, Е. Г. Булич, В. І. Войтенко, С. Гілігана, Е. Голдштейна, С. М. Тромбах, В. Т. Казначеева, В. В. Колбанова, Н. М. Куїнджі, І. В. Муравова, В. П. Петленко, А. В. Пилюшенко та низки інших відомих науковців та практиків соціальної та оздоровчої сфер (див. [1-98]).

Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. В одних працях обговорюється саме поняття «здоров'я», в інших досліджуються клінічні аспекти, треті присвячені дослідженню чинників, що визначають здоров'я, самостійну групу становлять праці, що розглядають шляхи й засоби відновлення, збереження і розвитку здоров'я. Невелику частку досліджень складають теоретико-методологічні дослідження проблем здоров'я. Сучасною тенденцією в пізнанні здоров'я є міждисциплінарні дослідження, котрі підвищують їхню теоретичну й

практичну ефективність. Значну роль у вивченні соціальних проблем сфери охорони здоров'я відіграла інтегральна наука валеологія (Г. Апанасенко, Ю. Бойчук, І. Брехман, Е. Вайнер, М. Гончаренко, В. Горащук, М. Гриньова, Е. Казін, В. Казначеев, В. Колбанов, В. Кулініченко, Г. Кураєв, І. Мурахов, В. Петленко, С. Страшко та ін. [8-89]). Але незважаючи на наявність ряду досліджень, практично для всіх робіт, присвячених здоров'ю, більша увага приділяється показникам соціальної роботи з носіями патологій, аніж з формуванням здорової людини, стаціонарним лікуванням. За інерцією триває аналіз переважно негативного боку діалектичної єдності «хвороба – здоров'я». У той же час мало звертається увага на соціальний аспект реформування системи охорони здоров'я нашої держави.

Мета дослідження – концептуальне обґрунтування змісту, форм, методів, засобів і технологій соціально-оздоровчої діяльності в індивідуальній роботі із клієнтами в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Завдання наукового пошуку:

- 1) висвітлити загальнонаукові засади соціальної роботи як професійної діяльності;
- 2) охарактеризувати зміст, форми, методи і засади соціальної роботи у сфері охорони здоров'я;
- 3) здійснити соціальну експертну оцінку реформи системи охорони здоров'я в Україні за критерієм соціальності.

Об'єкт дослідження: сфера охорони здоров'я як окремий соціальний інститут суспільного життя.

Предмет дослідження становить система соціальної роботи оздоровчого спрямування як взаємодоповнення мети і завдань, змісту і форм, методів і технологій, засобів та інструментів соціальної допомоги клієнту.

Для розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження:** *теоретичні* – аналіз медико-психологічної та соціально-психологічної наукової літератури для визначення основних положень, які

становлять науково-теоретичну базу дослідження, системно-структурний аналіз (систематизація, порівняння, класифікація), моделювання й узагальнення – для вивчення змісту базових понять проблеми дослідження та аналізу реформаційних системи охорони здоров'я.

Наукова новизна роботи. Всебічно досліджено і структурно проаналізовано зміст та особливості соціальної роботи у сфері охорони здоров'я нашої держави, надані рекомендації щодо реформування. **Практичне значення дослідження** первинно постає у визначенні пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні та наданні рекомендацій щодо впровадження механізму її структурно-функціонального вдосконалення.

Структура магістерського дослідження. Робота складається із вступу, трьох розділів із висновками до кожного, висновків, списку використаних літературних джерел. Загальний обсяг дослідження становить 85 сторінок, а основний текст викладено на 74 сторінках. За результатами проведеного кваліфікаційного дослідження у 2019 році опубліковано двоє тез наукових доповідей.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНОНАУКОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ЯК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1 Теоретичне обґрунтування соціальної роботи як окремого виду професійної діяльності

Соціальна робота належить до числа професій, які виникли і розвиваються на основі замовлення суспільства щодо створення системи соціальної допомоги населенню. Історія створення і формування основних підходів, мети, принципів, методів і технологій соціальної роботи давня і ґрунтується на поступовому розвитку і удосконаленні уявлень суспільства і окремих особистостей про зміст, структуру, особливості людинознавчої діяльності. Система соціальної допомоги пройшла шлях від філантропічного підходу в підтримці соціально вразливих верств населення, людей, які потрапили у складну життєву ситуацію внаслідок соціальних чи особистісних проблем, до появи такого виду професійної допомоги, як соціальна робота, що призначена не тільки створювати необхідні умови для соціального забезпечення громадян, але і для розвитку їхніх можливостей і вміння вибудовувати своє життя, мобілізації внутрішніх ресурсів у подоланні життєвих криз.

Процес становлення соціальної роботи як виду професійної діяльності розпочався на початку ХХ ст. у країнах Західної Європи і США. В Україні, як і в інших слов'янських державах, державна соціальна допомога сиротам, інвалідам, бідним, військовослужбовцям розвинулася ще за часів Київської Русі і знайшла своє відображення у діяльності київських князів і християнської церкви. Спроба науково-теоретичного усвідомлення різних форм соціальної допомоги робилася вже у ХІХ ст. як у нашій країні, так і за кордоном. Це

знайшло відображення і в працях, що стосуються соціального життя людей (умов формування і реалізації життєдіяльності, свободи і рівноправ'я, справедливості), і у конкретних напрямках соціальної роботи у сучасному розумінні (див. [7; 8; 17; 29; 49; 60; 81; 97; 98]).

Тобто соціальна робота зародилася як суто прикладна наука. Теоретичне усвідомлення, узагальнення систематизація наукових знань про соціальні процеси і явища, прогресивні підходи щодо соціальної підтримки особистості у складній життєвій ситуації визначалися на основі емпіричних даних, фактів практичної діяльності і досвіду роботи організацій і установ сфери соціального захисту населення, соціальних служб, освіти, спеціалізованих закладів.

Теоретичні підходи до соціальної роботи сформувалися на початку ХХ ст. у працях зарубіжних західних дослідників. Найбільш відомі з них такі: М. Річмонд (теорія соціального діагнозу, концепція інтервенції, ведення історії клієнта); В. Робінсон (усвідомлення ситуації клієнта, цінностей і смислів його буття, значення минулого досвіду); Дж. Тарт, О. Ранк (функціональна школа – в основі теоретичних підходів лежить не діагноз, а процес взаємодії соціального працівника і клієнта, принцип синхронічного підходу, принцип «тут і зараз»); Г. Гамільтон (розширення поняття «діагноз», його нове трактування відповідно до нових тенденцій соціальної роботи – не як установка до дії, а як робоча гіпотеза для розуміння особистості клієнта, його ситуації і проблеми); Ф. Бістек (взаємодія в методах індивідуальної роботи розглядалась як система динамічних інтеракцій між соціальним працівником і клієнтом, спрямованих на досягнення клієнтом саморегуляції і саморозвитку); Х.Х. Перлман (метод вирішення проблем – синтез підходів діагностичної і функціональної школи, процес допомоги складається з двох основних компонентів: процесу допомоги і особистісних ресурсів індивіда); Ф. Холліс і Р. Смоллі (концепція наближення, що окреслює п'ять теоретичних концептів: оцінка, особистість у ситуації, процес, взаємовідносини і втручання – інтервенція, у теорії використовується методологія теорії систем і теорії комунікацій) та ін. Дж. Конопка, Х. Нортен,

М. Росс, Р. Перлман та інші дослідники спрямовували свою роботу на пошук загальної методологічної бази соціальної роботи [24; 26; 87].

Розвиток теорії соціальної роботи здійснювався за чотирма основними напрямками: теорія індивідуальної роботи, теорія групової роботи, теорія общинної роботи (в ком'юніті, спільноті, громаді, мікрорайоні тощо), теорія адміністрування і планування. Відповідно до цього всі підходи щодо визначення конкретних форм, методів соціальної роботи, технологій соціальної роботи поділяються на три групи: індивідуальний, особистісний підхід до теоретичної схеми соціальної роботи; соціетальний підхід, де як базова схема розглядається вся сукупність суспільних зв'язків і відносин; соціально-діяльнісний підхід, коли соціальна робота розглядається в традиційній для сучасного пізнання суб'єктно-об'єктній схемі.

За М.В. Фірсовим [90], основні напрямки у теоретичних дослідженнях поділяються на:

1) професійно орієнтований підхід до соціальної роботи, теорія соціальної роботи розглядається як субтеорія соціології;

2) діалектико-критичний: науковці пропонують структуру соціальної роботи, яка є аналогічною системно-теоретичному підходу розгляду проблеми; рівні діяльності соціальної роботи як підсистеми суспільства поділяються на три робочі підсистеми – соціальну і суспільну політику, соціальне планування, соціальну терапію;

3) діалектико-матеріалістичний (марксистський) аналіз проблеми під кутом зору категорії бідності.

При формулюванні визначень соціальної роботи як науки, теорії, практичної діяльності враховуються такі аспекти, як відповідальність за проблеми суспільства; балансуючий характер суспільства; виховання певної соціальної позиції щодо ближнього; прикладна теорія християнства; особливості демократії. Цілевизначення соціальної роботи залежить від соціального регулювання в суспільстві, інтеграції у суспільстві окремої людини, відновлення соціальної значимості маргінальних, непривілейованих

прошарків населення, виявлення християнських принципів, гармонії взаємовідносин у суспільстві, запоруки спокою суспільства, прагматичних навичок демократії.

Соціальна робота як прикладна наука сформувалася на основі застосування результатів фундаментальних наук для вирішення пізнавальних і соціально-практичних проблем і на основі тісних міждисциплінарних зв'язків зі сферами наукового знання, які становлять наукову базу соціальної роботи, такими як: педагогіка, соціальна педагогіка, соціологія психологія, етика і естетика, філософія тощо.

Невизначений науковий статус соціальної роботи в Україні значно ускладнює визначення предмета дослідження теорії соціальної роботи.

У науковій літературі теорія соціальної роботи визначається як [26; 90]:

1) логічне узагальнення досвіду суспільної практики, яке ґрунтується на глибокому вивченні суті досліджуваного явища та розкриває його закономірності;

2) комплекс поглядів та ідей, які дають можливість витлумачувати і пояснювати факти;

3) найрозвиненіша форма наукового знання, яка дає цілісне відображення найважливіших зв'язків певної галузі дійсності.

Як і в кожній науці в соціальній роботі виділяються такі основні елементи теорії: вихідні основи (фундаментальні поняття, принципи, закономірності, аксіоми тощо); ідеалізований об'єкт (своєрідна абстрактна модель суттєвих властивостей і зв'язків); сукупність законів і тверджень, які виводяться із основ теорії відповідно до принципів логіки. З огляду на це теорію соціальної роботи можна розглядати як сукупність фундаментальних понять, принципів, закономірностей, абстрактних моделей і тверджень, які виражають її суть у всій цілісності і конкретиці. Теорія соціальної роботи становить основу соціальної роботи як унікальної сфери наукового знання.

Теорія соціальної роботи – система основних ідей у суспільній сфері знань, форма наукового пізнання, що дає цілісне уявлення про закономірності і

суттєві зв'язки дійсності. Критерієм і основою розвитку теорії соціальної роботи є практика.

Соціальна робота як наука – сфера діяльності особистості, функція якої – вироблення і теоретична систематизація об'єктивних знань про дійсність; це одна з форм суспільної свідомості, що включає як діяльність з отримання нового знання, так і її результат – суму знань, які лежать в основі наукової картини світу; висвітлення окремих галузей наукового знання, що стосуються системи соціального захисту населення і підтримки особистості у складній життєвій ситуації. Безпосередня мета науки – опис, пояснення і передбачення процесів і явищ соціальної дійсності, які становлять предмет її вивчення на основі законів, які вона відкриває.

Предметом дослідження теорії соціальної роботи є соціальні процеси і явища, що зумовлюють життєдіяльність особистості, соціальні чинники і фактори щодо удосконалення соціальних умов життя різних цільових груп і категорій населення. У російських наукових джерелах предмет дослідження теорії соціальної роботи визначається як соціальні явища, процеси різних рівнів, що відображають складну полі центричну систему. Теорія соціальної роботи є соціальною, суспільною і прикладною наукою, завдання, зміст і перспективи якої формуються у контексті розвитку практики соціальної роботи, у тісному зв'язку з державним соціальним забезпеченням і як виявлення суспільно-історичних структур і тенденцій розвитку. Відповідно до цього визначення формування теорії соціальної роботи здійснювалось у таких напрямках: розробка теоретичних моделей соціально-психологічної допомоги, соціально-педагогічного впливу і теорій соціального забезпечення населення. Орієнтована на ці завдання, концепція теорії соціальної роботи структурується на основі двох підходів: історичного і системного.

У сучасних наукових дослідженнях спостерігається стала тенденція до усвідомлення соціальної роботи як професії, призначеної і спрямованої на активізацію збережених можливостей клієнта, його позитивного життєвого досвіду і творчого потенціалу в певній життєвій ситуації.

Метою соціальної роботи є переведення клієнта із суб'єктно-об'єктних взаємовідносин у суб'єкт-суб'єктні, із пасивного споживача соціальних послуг в активну особистість, небайдужу до власної долі і життя своєї сім'ї. Серед найбільш поширених методологічних підходів виділяється соціальна робота, орієнтована на життєву ситуацію і життєвий простір клієнта.

Важливою ознакою наукового характеру соціальної роботи, її теоретичної основи є закономірності. Це суттєві, необхідні, стійкі та повторювальні зв'язки, що виявляються при взаємодії суб'єкта й об'єкта соціальної роботи і зумовлюють характер і спрямованість її впливу на розвиток конкретних соціальних явищ, процесів, відносин, на результативність заходів із соціального захисту населення. Основними закономірностями такої роботи є: обумовленість завдань і її змісту соціальною політикою держави, морально-гуманістичними цінностями суспільного життя; відповідність змісту, форм і методів соціальної роботи конкретним обставинам життєдіяльності клієнтів; спільна зацікавленість соціального працівника і клієнта в результатах взаємодії; цілісність (комплексність) впливу на клієнта та умови його життєдіяльності; розв'язання соціальних проблем через особистісні; відповідність повноважень і відповідальності соціального працівника, органів соціальної роботи; залежність результативності соціальної роботи від професіоналізму і моральних якостей спеціалістів.

Соціальна робота як наука вирішує соціально зумовлені завдання [56]:

- дослідження і виявлення чинників соціально-політичного, соціально-економічного, соціально-культурного впливу на особистість і соціальні групи або спільноти; накопичення емпіричного матеріалу, його теоретичне усвідомлення, узагальнення, систематизація, практичне застосування;
- визначення суб'єктів і об'єктів негативного і позитивного впливу на особистість і суспільство в цілому; закономірностей управління, регулювання і організації соціальної роботи як практичної діяльності;
- використання різноманітних інструментів вивчення соціологічної думки і потреб громадян, соціальних, соціально-психологічних, соціально-економічних

та інших проблем споживачів соціальних послуг, конкретного соціального оточення, умов функціонування суб'єктів і об'єктів соціальної роботи;

- визначення правильних, доцільних, науково обґрунтованих засобів, прийомів, форм і методів соціальної роботи, її технологій, механізмів виключення із практики суспільного життя негативних чинників, що погіршують життя громадян;

- наукової розробки системи попередження спаду благополуччя народу, стимулювання прогресивних ініціатив, розробки форм, методів, напрямків соціальної роботи, спрямованих на поліпшення становища народу, саморозвитку особистості;

- розробки наукових підходів швидкого реагування системи державної підтримки населення на потреби і проблеми громадян, створення відповідної громадської думки, психологічної допомоги і соціального захисту.

У центрі уваги теорії соціальної роботи стоїть соціальна проблема – соціальна суперечність, усвідомлювана суб'єктом діяльності (індивідом або групою) як значима для нього невідповідність між наявним бажанням, між метою і результатами діяльності, яка виникає через брак або нестачу засобів для досягнення мети, перешкод на цьому шляху, боротьби між різними суб'єктами діяльності, що призводить до незадоволення соціальних потреб. Соціальна потреба має об'єктивно-суб'єктивну природу: щоб стати проблемою, суперечність між різними аспектами діяльності суспільства або соціальних груп має обов'язково переживатися, оцінюватися як проблемна ситуація. Тому дослідження соціальної проблеми передбачає як опис об'єктивного стану соціальної сфери за допомогою статистичних методів (наприклад, збирання даних про зайнятість населення), так і вивчення громадської думки про виявлення елементів незадоволення наявним станом речей. Засобами виявлення соціальної проблеми служить соціальна діагностика, а також зіставлення об'єктивного стану справ із нормами. Соціальні проблеми виникають на різних рівнях соціальної реальності – від малих груп, наприклад, сім'ї, до людства в цілому. В останньому випадку йдеться про глобальні проблеми, оскільки їх

розв'язання потребує узгоджених міжнародних дій у масштабах світової спільноти. Соціальні проблеми займають важливе місце в соціальній роботі, адже її трактують як сприяння людям у розв'язанні їхніх проблем.

Сутність соціальної роботи як науки також характеризують її наукові принципи. Принципи соціальної роботи – важливий структурний компонент логічних форм наукової теорії, завдяки яким теоретичні положення безпосередньо співвідносяться із практикою соціальної роботи.

Найбільш повно методологічний підхід до класифікації принципів соціальної роботи знаходить своє відображення у класифікації В.І. Курбатова. Враховуючи той факт, що соціальна робота є універсальним видом діяльності, має міждисциплінарний характер, її методологічними принципами є інтеграційні принципи інших наук:

1. Загальнофілософські принципи, які лежать в основі усіх наук про суспільство, людину і механізми їх взаємодії: принципи детермінізму, відображення, розвитку.

2. Загальні принципи соціальних (суспільних) наук, принципи історизму, соціальної обумовленості, соціальної значимості, гносеологічного підходу, єдності свідомості та діяльності; соціально-політичні, організаційні, психолого-педагогічні тощо.

3. Соціально-політичні принципи виявляють вимоги, що зумовлені залежністю змісту і спрямованості соціальної роботи від соціальної політики держави. Ця залежність визначає концептуальні підходи до вибору пріоритетів у соціальному захисті населення, до поєднання індивідуальних і загальних інтересів в соціальній роботі. До основних принципів цієї групи належать: єдність державного підходу у поєднанні з регіональними особливостями соціальної роботи, демократизм п змісту і методів, врахування конкретних умов життєдіяльності особистості чи соціальної групи при виборі змісту, форм і методів соціальної роботи з ними, законність і справедливість діяльності соціального працівника.

4. Організаційні принципи – соціально-технологічна компетентність кадрів, принципи контролю і перевірки виконання, функціональної визначеності, єдності прав і обов'язків, повноважень і відповідальності.

5. Психолого-педагогічні принципи виявляють вимоги до добору засобів психолого-педагогічного впливу на клієнтів соціальних служб, необхідність врахування індивідуальних характеристик при здійсненні будь-яких технологічних процесів. До основних принципів цієї групи належать: комплексний аналіз оцінювання умов життєдіяльності клієнтів і вибору форм роботи з ними; індивідуальний підхід; цілеспрямованість і адресність соціальної роботи.

6. Специфічні принципи соціальної роботи визначають основні правила роботи у сфері надання соціальних послуг населенню: принципи гуманізму, справедливості, альтруїзму, комунікативності, варіативності соціальної допомоги, гармонізації суспільних групових і особистісних інтересів тощо.

Важливими для соціальної роботи як професійної діяльності є принципи: універсальності, охорони соціальних прав, толерантності, профілактичної спрямованості, опори на власні сили, клієнтоцентризму, мобілізації соціальних ресурсів, соціального реагування, конфіденційності.

У межах зарубіжних підходів досліджуються особливості теорії і практики соціальної роботи в різних культурах, групова соціальна робота, консультивання в соціальній роботі, допоміжний процес у соціальній роботі, теорія соціально-психологічної роботи, психосоціальна терапія, парадигми медичної соціальної роботи, навчання в соціальній роботі, орієнтована на вирішення практичних завдань соціальна робота та ін. У вітчизняних дослідженнях акцент робиться на теорії соціальної роботи, актуальних проблемах теорії і практики соціальної роботи, соціальній роботі з дітьми та молоддю, розробці моделі спеціаліста соціальної сфери, соціальній безпеці. Важливим кроком удосконалення наукових підходів у соціальній сфері є спеціалізація досліджень у вивченні форм, методів, технологій соціальної роботи з різними цільовими групами та категоріями населення.

Соціальна робота – це унікальний вид професійної діяльності зі створення соціальних умов для поліпшення умов життя окремої особистості, підвищення добробуту народу. Як вид професійної діяльності соціальна робота сформувалася на базі системи соціального захисту населення, освіти, охорони здоров'я, соціальних служб для молоді, спеціалізованих закладів і установ.

Традиційно соціальна робота розвивається як філантропічна допомога особистості у складній життєвій ситуації, певна система матеріального забезпечення населення з метою створення належних умов для виживання в період переходу до ринкової економіки. Складні соціально-економічні умови життя зумовили необхідність розробки сучасних наукових і прикладних підходів до соціального впливу на індивіда та його оточення. З одного боку – фінансова підтримка держави, адаптація суспільства до потреб особистості, з іншого – створення відповідних соціальних умов для самоудосконалення і самореалізації особистості у напрямі оволодіння нею економічної спроможності. Сутнісна значимість соціальної роботи – в її спонукальному, активізуючому характері, який базується на розумінні того, що соціальний працівник не зможе прожити за клієнта його життя. Соціальна діяльність призначена віднайти позитивні збережені можливості особистості, спрямувати їх у правильне русло, допомогти їй усвідомити власну життєву ситуацію і знайти вихід із неї.

Практична спрямованість соціальної роботи на основі науково обґрунтованих підходів до організації праці визначає її як професію, різновид трудової діяльності, який потребує певної професійної підготовки і є, зазвичай, способом існування.

Соціальна робота – це специфічний вид професійної діяльності уповноважених органів з надання державного і недержавного сприяння людині з метою забезпечення матеріального, соціального, культурного рівня її життя, надання індивідуальної допомоги людині, родині чи групі осіб. Соціальна діяльність ґрунтується на різних гуманітарних і демократичних ідеалах. Соціальна робота має п'ять ключових аспектів: соціально-економічний,

національно-географічний, політичний, культурний, духовний. Національно-географічний аспект соціальної роботи полягає в тому, що діяльність відбувається в середовищі певного народу, у межах визначених кордонів – установи, країни, регіону, муніципалітету. Політичний аспект соціальної роботи пов'язаний з тим, що кожна країна має свою політичну систему, яка незалежно від того, чи є вона ліберальною чи репресивною, соціалістичною чи капіталістичною, визначає умови практичної діяльності соціального працівника. Соціально-економічний аспект соціальної роботи виходить з того, що основними сподіваннями людини є належні умови життя, доступ до трудової діяльності, системи охорони здоров'я та освіти, соціального забезпечення і соціального обслуговування, тоді як соціальна згода в будь-якій групі чи країні залежить значною мірою від справедливого розподілу наявних ресурсів. Культурний аспект соціальної роботи постає у повазі до традицій, переконань, культурних цінностей окремої країни, соціальної групи, спільноти, світових культурних надбань і цінностей. З погляду соціальної роботи важливою для створення благополучного соціального фону для життєдіяльності особистості є система цінностей, філософія, етика соціальної роботи, ідеали які стоять в основі наукових і практичних підходів до стратегій підтримки особистості [66].

Основу соціальної роботи як практичної діяльності становлять: принципи соціальної роботи; процес соціальної роботи; функції соціальної роботи; складові соціальної роботи.

Принципи соціальної роботи як практичної діяльності – вихідні положення теорії соціальної роботи, що відображають її прикладне значення (табл. 1.1).

Процес соціальної роботи це послідовна зміна соціальних явищ, етапів у розвитку практики соціальної роботи, сукупність послідовних дій для досягнення кінцевого результату.

Процес соціальної роботи реалізується на різних рівнях розвитку суспільства: мікро-, мезо- і макрорівні.

Таблиця 1.1

Принципи соціальної роботи

Принцип створення рівних можливостей	Надання соціальних послуг особистості незалежно від її віку, національності, походження, соціального статусу, сфери зайнятості, місця проживання, релігійної приналежності; створення таких соціальних умов життєдіяльності особистості, які відповідають її потребам і співвідносяться з умовами функціонування суспільства
Принцип поєднання допомоги із самопомогою	Опора на позитивний потенціал особистості та її прагнення сприйняти соціальний вплив
Принцип гуманності	Пріоритет загальнолюдських цінностей, що передбачають погляд на людину в її взаємозв'язках з природою, суспільством, глобальними проблемами, що продиктовані особливостями та реаліями сучасності, загальнолюдською культурою, а також такими загальнолюдськими цінностями, що сягають корінням у родинне середовище і фундаментальні основи моральності; поєднання інтересів суспільства і потреб особистості в отриманні соціальних послуг
Принцип адаптації	Визначає особливості залучення різних категорій і цільових груп населення до соціально значущої діяльності з метою пристосування до соціального середовища і задоволення соціально значимих потреб, а також адаптація суспільства до особливих потреб окремих категорій громадян
Принцип інтеграції	Створення умов для включення особистості в діяльність різних сфер життя суспільства, її позитивної соціалізації, індивідуалізації, ідентифікації
Принцип узгодженості короткотривалих і довготривалих перспектив	Узгодженість короткотривалих і довготривалих перспектив соціалізації особистості, взаємодія заходів державної, недержавної та особистісної програми освітнього, культурного, психічного, фізичного розвитку
Принцип комплексного підходу	Використання широкого спектра прийомів і засобів розв'язання соціально-психологічних проблем, їх варіативності державними, громадськими, приватними установами та організаціями
Принцип етичності	Відображає характер діяльності, спрямований на коректну обробку інформації та збереження конфіденційності
Принцип партнерства і взаємної довіри	Основа продуктивної взаємодії в соціальному становленні дітей і молоді, різних вікових груп населення із державними і недержавними соціальними службами
Принцип поваги до особистості	Дотримання права на особистісну думку, створення умов для волевиявлення власної думки клієнта у процесі надання соціальних послуг
Принцип безкоштовності обслуговування чи кошовності послуг	Здійснюється відповідно до чинного законодавства

Мікрорівень – соціальна робота з окремою особистістю та її найближчим соціальним оточенням: сім'єю, друзями, сусідами, родичами та ін. Він базується на прямих взаємостосунках і взаємовідносинах між особистістю та соціумом.

Мезорівень – соціальна робота здійснюється на рівні організацій та установ соціальної сфери. Об'єкти соціальної роботи вступають у взаємовідносини із суб'єктами надання соціальних послуг опосередковано. Це рівень визначення основних напрямків, підходів до соціальної роботи адміністрацією закладу, яка не вступає у прямі контакти зі споживачами соціальних послуг, однак є визначальною ланкою у поліпшенні соціального фону соціуму (району, мікрорайону, міста, області, регіону), удосконалює зміст, форми, методи, технології соціальної роботи у межах своїх повноважень і компетенції.

1.2. Прикладні аспекти узмістовлення системи соціальної роботи.

Медико-соціальна робота визначається як вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, яка спрямована на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Її головна мета – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною чи психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів з допомоги у сфері охорони здоров'я, тому що зумовлює системні медико-соціальні впливи на більш ранніх стадіях захворювання і розвитку хворобливих процесів [30-34].

Є два типи медико-соціальної роботи – патогенетичний і профілактичний. Патогенетична медико-соціальна робота включає в себе заходи з організації медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, соціальної роботи в окремих галузях медицини та охорони здоров'я.

Профілактична медико-соціальна робота обумовлює вжиття заходів з попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, забезпечення соціального захисту всіх громадян у питаннях охорони здоров'я тощо.

Профілактична медико-соціальна робота розподіляється на два види: 1) первинна профілактика; 2) вторинна профілактика.

Завдання первинної профілактики – попередження розвитку у людини патологічних станів, тобто проведення соціально-економічного аналізу, формування у населення уявлень про здоровий спосіб життя, активну життєву позицію щодо свого здоров'я.

Завдання вторинної профілактики – попередження подальшого прогресування хвороби, розробка комплексу лікувальних і профілактичних заходів, а також вирішення цілої низки соціальних завдань. При цьому проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, вивчається вплив соціальних факторів (характер трудової діяльності, економічний стан сім'ї, повноцінність і різнобічність харчування, забезпеченість житлом, економічна і кліматогеографічна обстановка місцевості проживання) на здоров'я людини. При роботі з хронічно хворим необхідно формувати у нього активну життєву позицію, яка перешкоджає розвитку соціального утриманства. Важливими чинниками при цьому є влаштування побуту, матеріальна і моральна підтримка сім'ї, працевлаштування відповідно до стану здоров'я [45].

Суттєвий напрям профілактичної медико-соціальної роботи – підвищення рівня медичної освіти населення, формування у нього уявлень про здоровий спосіб життя і його значення у попередженні захворювань. З цією метою використовуються ЗМІ, проводяться семінари, індивідуальна санітарно-просвітницька робота, різноманітні форми навчання.

Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, які справляють негативний вплив на здоров'я людини; безпосереднє їх усунення чи зменшення впливу на

організм: надання матеріальної 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 з попередження шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю тощо). Специфіка роботи визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним станом сім'ї, станом його здоров'я, мірою соціальної активності, наявністю певних факторів, які впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства тощо.

Пріоритетним напрямком патогенетичної медико-соціальної роботи є реабілітація, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, повне чи часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, її соціальної активності. Міра відновлення соціальної активності людини та її адаптаційних процесів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що реабілітацію здійснюють медичні працівники.

До завдань реабілітації належить також підвищення якості життя пацієнтів. До цього часу при цілій низці хвороб виправдала себе триденна система реабілітації пацієнтів: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку), при деяких (інфаркт міокарда, інсульт) – чотириденна система реабілітації: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку) – спеціалізовані реабілітаційні центри, які забезпечені сучасною апаратурою і які використовують сучасні методики відновлення хронічно хворих. На етапі реабілітації проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, професійна орієнтація, вирішуються питання працевлаштування, перекваліфікації. Поряд з цим на етапі реабілітації досить

гостро постають питання правового, соціального характеру, корекція психологічного стану. Важливість соціальної роботи в системі реабілітації при визначенні трудового прогнозу підтверджує медико-соціальна експертиза, яка здійснюється переважно у лабораторно-поліклінічній ланці. Разом зі станом здоров'я враховується також рівень соціальної захищеності людини, визначається необхідність надання соціальної допомоги особам, у яких є психофізичні відхилення [81].

У виникненні і розвитку значної кількості захворювань соціальні фактори відіграють якщо не основну, то визначальну роль. Тому профілактика виникнення і розповсюдження захворювань, ефективна боротьба з ними неможливі без активного виявлення та усунення соціальних факторів. На сьогодні ця робота фактично покладена на медичних працівників, які, на жаль, не мають певних знань із соціальної роботи і необхідного часу. Значна частина робочого часу дільничного терапевта присвячена вирішенню соціальних, а не медичних проблем хворих. Все це підтверджує важливість соціальної роботи у сфері охорони здоров'я.

Успішне вирішення цієї проблеми можливе із включенням в її структурні підрозділи чи відділення самостійних медико-соціальних підрозділів (кабінетів), які зможуть вирішувати окремі питання: соціально-психологічна, юридична консультація, виробнича реабілітація, робота з сім'єю тощо, а також методична допомога лікарям з метою підвищення ефективності попередження виникнення і прогресування захворювання.

Основу 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 профілактику захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і медико-соціальну роботу часто поділяють на первинну і вторинну. Первинна 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 соціальна робота зумовлює створення певних соціальних умов, які дозволяють особистості без шкоди для здоров'я краще адаптуватися у соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчутти 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 важливою є соціальна робота щодо вирішення проблеми усунення факторів, які сприяють формуванню хвороби.

При цьому необхідно визначити роль кожного соціального фактора і 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.

Соціальна робота відіграє основну роль на етапі трудової реабілітації, визначення працездатності, трудового прогнозу, професійної переорієнтації, створення певних виробничих умов для підтримки соціальної активності індивіда.

В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Реклама 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 (див. [30-32; 38; 71-74]).

В Україні пріоритетним напрямком соціальної роботи у сфері охорони здоров'я є сприяння здоровому способу життя. У законодавстві про охорону здоров'я, дається визначення поняття «сприяння здоровому способу життя [38].

Основною віковою групою, на яку спрямовані заходи з формування здорового способу життя, є молодь. Згідно з оглядом в рамках проекту «Українська ініціатива з охорони здоров'я» встановлено, що основну інформацію щодо проблем здоров'я молодь отримує із засобів масової інформації, а також від своїх друзів, а не від медичних працівників, учителів або батьків. Доступ до послуг з охорони здоров'я, особливо стосовно таких проблем, як репродуктивне здоров'я і планування сім'ї обмежений. Послуг щодо діагностики і лікування, планування сім'ї, профілактики і лікування наркоманії, які б були спрямовані на молодь, майже немає, молодь не має до них доступу або не може їх собі дозволити. Відсутність консультативних послуг і недружня атмосфера у клініках віддаляють молодих людей. Є медичні послуги спрямовані на так звану «організовану молодь». Це означає, що вуличні діти та ті, кого було виключено зі шкіл, не мають змоги отримати кваліфіковану допомогу. Безпечного і сприятливого середовища, де молодь може, як мінімум, отримати доступ до інформації, неупереджено спілкуватись з фахівцями та в разі потреби скористатись лікуванням, майже не існує. Право молоді брати участь у прийнятті рішень часто не поважається, і до її голосів не прислуховуються. Вона зовсім не залучена у процес прийняття рішень, що стосуються їхнього життя і розвитку.

Недостатня також підтримка молоді на громадському рівні. Вона має надаватися через мережу соціальних послуг Міністерства у справах сім'ї та молоді. Проте ці послуги засновані недавно і їх надання ще потребує підтримки і зміцнення знаннями і навичками. Тому робота щодо сприяння здоровому способу життя проводиться соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді, реабілітаційними закладами та іншими організаціями, зокрема міжнародними. Однією з них є програма Дитячого міжнародного фонду ЮНІСЕФ «Здоров'я та розвиток молоді». У межах цього проекту проводилася така робота: просвітницька діяльність серед молоді та її лідерів стосовно навчання соціальних навичок – участі у прийнятті рішень, формуванні здорового способу життя, в заходах профілактики ВІЛ/СНІДу, у програмі за методикою «рівний –

рівному» тощо; підготовка фахівців для проведення нових для країни форм роботи з дітьми та молоддю; адаптація та реалізація наявних соціальних проектів, розрахованих на роботу з конкретною групою молоді; видання інформаційних, методичних та дидактичних матеріалів, розроблених на підставі досвіду реалізації програм з формування здорового способу життя; підтримка вжиття заходів (конференцій, ярмарок), спрямованих на поширення досвіду, накопиченого в ході реалізації соціальних проектів; здійснення досліджень, необхідних для подальшої роботи з проблем здоров'я і розвитку молоді, для вивчення ситуацій та оцінювання; технічна підтримка партнерів.

Соціальні служби проводять заходи у загальноосвітніх, вищих навчальних закладах, реабілітаційних установах, в різних організаціях та підприємствах, в системі громадської освіти, використовуючи такі форми і методи роботи, як просвітницька діяльність, проведення тренінгів, семінарів, соціальних акцій, кампаній та ін.

Охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика в сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Українське законодавство закріплює такі визначальні поняття, як здоров'я, його охорона та заклади, медико-санітарна допомога. Здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та

соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Медичне обслуговування – це діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою.

Висновки до розділу 1

У Конституції України закріплено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Охорона здоров'я нині один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу, забезпечують

пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика в сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Українське законодавство закріплює такі визначальні поняття, як здоров'я, його охорона та заклади, медико-санітарна допомога. Здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

РОЗДІЛ 2

ЗМІСТ, ФОРМИ, МЕТОДИ І ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Мета, завдання і зміст соціально-оздоровчої діяльності

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я «здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад». Правові гарантії щодо забезпечення права на охорону здоров'я визначені в Конституції України і законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 липня 1992 р. № 1801-ХІІ.

Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів; охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя; заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників; медико-санітарна допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів [50].

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і

свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та 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; попереджувально-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.

Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Становлення соціальної роботи у сфері здоров'я зумовлено погіршенням здоров'я населення, необхідністю вирішення проблем медичного і соціального характеру на якісно новому рівні. У науковій літературі висловлюються діаметрально протилежні правовим підходам думки щодо визначення понять «здоров'я» і «хвороба», переважно у контексті соціального благополуччя чи неблагополуччя людини. На думку В. Ліщука соціальне благополуччя може бути передумовою нездоров'я. Незадоволеність, бажання до самоудосконалення, неприйняття зла, підтримка і відтворення добра є невід'ємними передумовами здорового тіла і духу. Нижчий рівень суб'єктивного відчуття благополуччя, як і верхній – об'єктивного достатку і

можливостей – мають бути актуалізовані, зважаючи на рівень збереження і підвищення здатності організму до самозбереження і відтворення. На його думку, благополуччя як результат низької вимогливості, самозаспокоєності, претензій до комфортного життя несумісні зі здоров'ям. З огляду на це, він дає таке визначення здоров'я: здатність організму протидіяти хворобі та іншим порушенням; здатність розширювати умови повноцінної життєдіяльності; здатність розширювати і підтримувати рівень життєвих цінностей; здатність розширювати пізнавальну сферу, інтелектуальні можливості, підвищувати морально-етичний рівень соціуму, протидіяти деструктивним змінам.

Здоров'я – це здатність чинити опір, пристосовуватись і пристосовувати, здатність до самозбереження і саморозвитку, до все більш різнобічного середовища існування. Здоров'я – це здатність пристосовуватися до середовища і своїх власних можливостей; протидіяти зовнішнім і внутрішнім проблемам, хворобам, порушенням; зберігати себе, своє природне середовище; розширювати свої можливості, умови проживання, екологічного, інтелектуального, морально-етичного середовища; підтримувати довготривалість повноцінної життєдіяльності; покращувати можливості, властивості та здібності свого організму; народжувати потомство; підтримувати духовні, культурні й матеріальні цінності; адекватно поводитися, етико-естетичне ставлення до себе, ближніх, добра і зла; бути самосвідомим; якість життя і середовища проживання [83].

Особистісне усвідомлення хвороби впливає на спосіб життя людини в цілому і характеризує когнітивну активність особистості. На думку вченого С.Дж. Ліповські, хвороба – це перешкода, яку необхідно долати; ворог, що погрожує цілісності особистості; покарання за минулі гріхи; виявлення вродженої слабкості організму; полегшення, що дає змогу усунутися від соціальних вимог і відповідальності; стратегія пристосування до вимог життя (використання хвороби для отримання грошових компенсацій); фатальний збіг обставин, втрата можливості повноцінного існування; певна позитивна цінність, яка дозволяє особистості обрати більш високий сенс життя. У процесі

захворювання відображається власний стан особистості. Лікарі кажуть: «Скажи, як ти хворієш, і я скажу, хто ти» [93].

Кожна особистість по-різному реагує на хворобу і сприймає свою життєву ситуацію. Є різні варіанти ставлення до хвороби: людина тримається вище хвороби, бореться з нею, не звертає на неї уваги, повністю підкоряється, стає її рабом, слугою, переоцінює симптоми, оживлює старі сліди перенесеної хвороби, затримується на тій чи іншій ознаці хвороби. Разом з тим, вроджені спадкові захворювання, вади психофізичного розвитку, спадкова схильність до ряду захворювань, зміни біологічної системи організму справляють вплив на соціальне середовище.

Стан соціального довкілля людини, економічне благополуччя суспільства визначають такі демографічні показники, як народжуваність, смертність, структура захворюваності населення, інвалідизація тощо, які є предметом спеціальних медико-соціальних досліджень, на основі яких розробляються різні комплексні програми оздоровлення суспільства. Вирішуючи схожі проблеми, що спрямовані на поліпшення добробуту суспільства і конкретного індивіда, медицина і соціальна робота використовують різні методологічні підходи. Медицина переважно досліджує анатомо-фізіологічний стан організму людини в цілому і її окремих систем, виявляючи відхилення від фізіологічної норми, діагностує патологічні зміни в організмі, визначає причинно-наслідкові зв'язки, які лежать в їх основі, механізми розвитку захворювань.

Соціальна робота в системі охорони здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку оптимальної працездатності та соціальної активності людей з інвалідністю, сприяння здоровому способу життя громадян. У багатьох країнах світу соціальна робота стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я, в межах якої соціальний працівник проводить соціальний захист пацієнтів через систему соціального страхування, надає психологічну підтримку, проводить рекреаційну роботу.

Соціальна робота в європейських країнах та Сполучених Штатах має широкий спектр застосування. Соціальні працівники в цих країнах вирішують питання надання первинної психологічної допомоги жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку, консультування їх з правових питань; медико-соціальна робота; психологічна підтримка і консультування з правових питань осіб, які зазнали шкоди для свого організму з боку інших осіб, зазнали каліцтва тощо; 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, інвалідів [22; 39; 57].

У підручниках із соціальної роботи визначаються напрямки і завдання соціальних працівників у сфері охорони здоров'я, які змістовно поєднують у собі функції діяльності соціального працівника і лікаря, що потребує спеціальної медичної підготовки. Організаційною основою для цього є створення в закладах охорони здоров'я кабінетів медико-генетичної консультації; проведення санітарно-просвітницької роботи з майбутніми батьками шляхом видання відповідної науково-публіцистичної літератури, навчання у школі матері і дитини на базі жіночих консультацій; вжиття комплексу заходів з виховання у населення здорового способу життя; профілактичне поглиблене обстеження населення з метою виявлення груп ризику, а також осіб, у яких розвиваються патологічні стани, а також хворих з метою попередження розвитку і прогресування у них ускладнень.

У виникненні і розвитку значної кількості захворювань соціальні чинники відіграють якщо не основну, то визначальну роль. Тому профілактика виникнення і розповсюдження захворювань, ефективна боротьба з ними неможливі без активного виявлення та усунення соціальних факторів. На сьогодні ця робота фактично покладена на медичних працівників, які, на жаль, не мають певних знань із соціальної роботи і необхідного часу. Значна частина робочого часу дільничного терапевта присвячена вирішенню соціальних, а не

медичних проблем хворих. Все це підтверджує важливість соціальної роботи у сфері охорони здоров'я. Успішне вирішення цієї проблеми можливе із включенням в її структурні підрозділи чи відділення самостійних медико-соціальних підрозділів (кабінетів), які зможуть вирішувати окремі питання: соціально-психологічна, юридична консультація, виробнича реабілітація, робота з сім'єю тощо, а також методична допомога лікарям з метою підвищення ефективності попередження виникнення і прогресування захворювання.

Основу 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 профілактику захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і медико-соціальну роботу часто поділяють на первинну і вторинну. Первинна 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 соціальна робота зумовлює створення певних соціальних умов, які дозволяють особистості без шкоди для здоров'я краще адаптуватися у соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчутти 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 важливою є соціальна робота щодо вирішення проблеми усунення факторів, які сприяють формуванню хвороби. При цьому необхідно визначити роль кожного соціального чинника і 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.

Соціальна робота відіграє основну роль на етапі трудової реабілітації, визначення працездатності, трудового прогнозу, професійної переорієнтації, створення певних виробничих умов для підтримки соціальної активності індивіда.

В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Реклама 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 [29-33].

Соціальні служби проводять заходи у загальноосвітніх, вищих навчальних закладах, реабілітаційних установах, в різних організаціях та підприємствах, в системі громадської освіти, використовуючи такі форми і методи роботи, як просвітницька діяльність, проведення тренінгів, семінарів, соціальних акцій, кампаній та ін.

2.2. Форми і методи соціально-оздоровчої діяльності та їх результативність у роботі з клієнтами

Медико-соціальна робота визначається як вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психокорекційного і соціально-правового характеру, яка спрямована на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Її головна мета – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною чи психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів з допомоги у сфері охорони здоров'я,

тому що зумовлює системні медико-соціальні впливи на більш ранніх стадіях захворювання і розвитку хворобливих процесів.

Нині існує два типи медико-соціальної роботи – патогенетичний і профілактичний. Патогенетична медико-соціальна робота включає в себе заходи з організації медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, соціальної роботи в окремих галузях медицини та охорони здоров'я. Профілактична медико-соціальна робота обумовлює вжиття заходів з попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, забезпечення соціального захисту всіх громадян у питаннях охорони здоров'я тощо.

Профілактична медико-соціальна робота розподіляється на два види: первинна профілактика; вторинна профілактика.

Завдання первинної профілактики – попередження розвитку у людини патологічних станів, тобто проведення соціально-економічного аналізу, формування у населення уявлень про здоровий спосіб життя, активну життєву позицію щодо свого здоров'я.

Завдання вторинної профілактики – попередження подальшого прогресування хвороби, розробка комплексу лікувальних і профілактичних заходів, а також вирішення цілої низки соціальних завдань. При цьому проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, вивчається вплив соціальних чинників (характер трудової діяльності, економічний стан сім'ї, повноцінність і різнобічність харчування, забезпеченість житлом, економічна і кліматогеографічна обстановка місцевості проживання) на здоров'я людини. При роботі з хронічно хворим необхідно формувати у нього активну життєву позицію, яка перешкоджає розвитку соціального утриманства. Важливими чинниками при цьому є влаштування побуту, матеріальна і моральна підтримка сім'ї, працевлаштування відповідно до стану здоров'я [49].

Суттєвий напрям профілактичної медико-соціальної роботи – підвищення рівня медичної освіти населення, формування у нього уявлень про здоровий

спосіб життя і його значення у попередженні захворювань. З цією метою використовуються ЗМІ, проводяться семінари, індивідуальна санітарно-просвітницька робота, різноманітні форми навчання.

Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, які справляють негативний вплив на здоров'я людини; безпосереднє їх усунення чи зменшення впливу на організм: надання матеріальної 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 з попередження шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю тощо). Специфіка роботи визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним станом сім'ї, станом його здоров'я, мірою соціальної активності, наявністю певних факторів, які впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства тощо.

Пріоритетним напрямком патогенетичної медико-соціальної роботи є реабілітація, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, повне чи часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, її соціальної активності. Міра відновлення соціальної активності людини та її адаптаційних процесів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що реабілітацію здійснюють медичні працівники.

До завдань реабілітації належить також підвищення якості життя пацієнтів. До цього часу при цілій низці хвороб виправдала себе триденна система реабілітації пацієнтів: стаціонар – лікарня – санаторій (будинок відпочинку), при деяких (інфаркт міокарда, інсульт) – чотириденна система

реабілітації: стаціонар – лікарня – санаторій (будинок відпочинку) – спеціалізовані реабілітаційні центри, які забезпечені сучасною апаратурою і які використовують сучасні методики відновлення хронічно хворих. На етапі реабілітації проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, професійна орієнтація, вирішуються питання працевлаштування, перекваліфікації. Поряд з цим на етапі реабілітації досить гостро постають питання правового, соціального характеру, корекція психологічного стану. Важливість соціальної роботи в системі реабілітації при визначенні трудового прогнозу підтверджує медико-соціальна експертиза, яка здійснюється переважно у лабораторно-поліклінічній ланці. Разом зі станом здоров'я враховується також рівень соціальної захищеності людини, визначається необхідність надання соціальної допомоги особам, у яких є психофізичні відхилення.

Основними формами надання соціальних послуг є матеріальна допомога та соціальне обслуговування.

Матеріальна допомога надається особам, що знаходяться у складній життєвій ситуації, у вигляді грошової або натуральної допомоги: продуктів харчування, засобів санітарії особистої гігієни, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності, палива, а також технічних і допоміжних засобів реабілітації [50]:

- за місцем проживання особи (вдома);
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;
- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;
- у територіальних центрах надання соціальних послуг;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду).

Суб'єкти, що надають соціальні послуги, можуть їх надавати в інших формах, не передбачених цією статтею, але визначених Кабінетом Міністрів України в переліку платних соціальних послуг. Перелік та порядок надання

соціальних послуг за видами загальнообов'язкового державного соціального страхування регулюються законодавством про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Право на отримання соціальних послуг мають громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, які проживають в Україні на законних підставах та перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі особи, на яких поширюється дія Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту».

2.3 Засоби і технології соціально-оздоровчої діяльності індивідуальної роботи з клієнтом

Світова практика свідчить про те, що фахівець соціальної сфери зобов'язаний володіти теоретичними і практичними знаннями в сфері медицини і охорони здоров'я, оскільки незалежно від спеціалізації і місця роботи він бере участь у вирішенні проблем індивідуального та громадського здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і анатомічних дефектів. Проблема здоров'я невіддільна від інших проблем людства. Вона змінюється разом з прогресом загальнолюдської культури, будучи актуальною у всі періоди життя людини – від народження до смерті.

Здоров'я людини є предметом вивчення як природничих, так і суспільних наук – біології, медицини, соціології, психології, філософії та ін. (хоча фактично медицина є наукою про хвороби). В сучасних умовах посилення соціальних проблем у нашій країні, погіршення показників здоров'я населення зростає об'єктивна потреба рішення взаємозалежних задач медичного і соціального характеру на якісно новому рівні. Виникла необхідність створення нових механізмів, форм і методів медико-соціальної допомоги населенню як

нових соціальних технологій, які забезпечать громадянам комплексні соціальні послуги у разі захворювання, втрати працездатності і т. д. і будуть сприяти вирішенню пов'язаних зі здоров'ям соціальних проблем. Внаслідок цього пів століття тому стала розвиватися медико-соціальна робота як якісно новий напрямок соціальної роботи і вид професійної діяльності. Її становлення зумовлене сучасним станом охорони здоров'я, соціального захисту населення, інших соціальних інститутів в умовах реформування економічного устрою і структури суспільних відносин.

Системна криза сучасного суспільства, дестабілізація більшості його соціально-економічних структур, невизначеність найближчих і віддалених перспектив обумовлюють особливу увагу до питань соціального захисту населення. Зниження здоров'я населення виводить на перший план проблему реорганізації медико-соціальної допомоги.

Аналізуючи зарубіжний досвід професійної соціальної роботи з метою використання його в наших умовах, необхідно враховувати специфіку теоретико-методологічних підходів до одним і тим же соціальним явищам і процесам, технологію надання соціальної допомоги на індивідуальному, особистісному рівні, а також методи та форми роботи.

Людина є істотою не тільки біологічною, але і соціальною: він пов'язаний з відносинами в суспільстві та його соціальною структурою. Тому неможливо вирішувати проблеми здоров'я без урахування широкого спектру соціальних факторів. Громадське здоров'я як характеристика здоров'я членів суспільства в цілому не є виключно медичним поняттям. Воно являє собою суспільну, соціально-політичну й економічну категорію, а також об'єкт соціальної політики. Громадське здоров'я потребує вимірі, точної оцінки з урахуванням не стільки медичної, скільки соціальної його значення. При оцінці громадського здоров'я необхідний системний підхід, що дозволяє розглядати його як складну динамічну систему, що містить безліч інтегрально пов'язаних складових елементів і взаємодіє з іншими численними суспільними і природними системами. Такий підхід дозволяє встановити залежність здоров'я не тільки від

стану науки і досягнень медицини в області профілактики, лікування і реабілітації, але і від участі всього суспільства в його формуванні, охорони та зміцнення.

При вивченні й оцінці громадського здоров'я враховують соціальні, природні та біологічні фактори, що його визначають, висловлюючи результат їх впливу через систему медико-статистичних і демографічних показників. Для характеристики здоров'я населення використовуються три групи показників.

1. Демографічні показники, або показники чисельності, складу, руху населення як у формі міграційних процесів, так і природного (народжуваність, смертність, природний приріст населення, середня тривалість життя та ін.).

2. Показники фізичного розвитку населення.

3. Показники захворюваності, травматизму та інвалідності.

Громадське здоров'я зумовлене соціальними факторами, залежними від соціальних умов соціально – економічного і політичного розвитку, а також від природних умов зовнішнього природного середовища, що оточує людину. На показники громадського здоров'я впливають численні конкретні фактори дійсності, серед них велике значення займає стан здоров'я та охорона навколишнього середовища. До біологічних факторів, що чинять вплив на громадське здоров'я, належать генетичні характеристики популяції, віково-статева структура населення [38; 87; 98].

Показники здоров'я і захворюваності використовуються стосовно до конкретних груп здорових і хворих людей. Це зобов'язує підходити до оцінки способу життя людини не тільки біологічних, але і з медико-соціальних позицій.

Соціальні фактори зумовлені соціально-економічною структурою суспільства, рівнем освіти, культури, виробничими відносинами між людьми, традиціями, звичаями, соціальними установками в сім'ї та особистісними характеристиками. Велика частина цих факторів разом з гігієнічними характеристиками життєдіяльності входить в узагальнене поняття «спосіб

життя», частка впливу якого на здоров'я становить більше 50% серед усіх факторів.

Біологічні характеристики людини (стать, вік, спадковість, конституція, темперамент, адаптаційні можливості та ін.) складають в загальній частці впливу факторів на здоров'я не більше 20% [38].

Як соціальні, так і біологічні чинники впливають на людину в певних умовах навколишнього середовища, частка впливу яких становить від 18 до 22%. Тільки незначна частина (8-10%) показників здоров'я визначається рівнем діяльності медичних установ і зусиллями працівників системи охорони здоров'я. Тому здоров'я людини – це гармонійна єдність біологічних і соціальних якостей, зумовлених уродженими та набутими біологічними і соціальними властивостями, а хвороба – порушення цієї гармонії [37].

Сфера охорони здоров'я – це система державних, приватних і змішаних підприємств і установ, які здійснюють заходи по охороні здоров'я, попередження і лікування хвороб і подовження життя людини. Метою соціальної роботи в охороні здоров'я, як і метою медико-соціальної роботи є досягнення якомога вищого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важка життєва ситуація і патологія здоров'я взаємно потенціюють один одного і породжують так зване порочне коло, який важко подолати виключно з допомогою заходів медичного характеру.

Об'єктом соціальної роботи в охороні здоров'я є різні контингенти осіб, що мають виражені медичні і соціальні проблеми, які стають взаємно обтяжливими та рішення яких важко в рамках односторонніх професійних заходів. Робота з такими контингентами важка і малоефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки вони неминуче стикаються з низкою проблем, що виходять за рамки їхньої професійної компетенції і перешкоджають успішної вузькопрофесійному діяльності.

Соціальна робота в охороні здоров'я має багато спільного з медико-соціальною допомогою і діяльністю органів охорони здоров'я в цілому. Але при цьому вона не претендує на виконання лікувально-діагностичних функцій, а передбачає тісна взаємодія з медичним персоналом і чітке розмежування функцій між медичними та соціальними працівниками. При визначенні функцій спеціаліста соціальної роботи в конкретному закладі охорони здоров'я та побудові технологій роботи з клієнтами доцільно використовувати класифікацію, згідно з якою функції, що виконуються в рамках медико-соціальної роботи, розділені на три групи: медико зорієнтовані, соціально зорієнтовані та інтегративні.

Медико зорієнтовані функції – це організація медико-соціальної допомоги і догляду за хворими; надання медико-соціальної допомоги сім'ї; медико-соціальний патронаж різних груп; надання медико-соціальної допомоги хронічним хворим; організація паліативної допомоги; попередження рецидивів основного захворювання, виходу на інвалідність, смертності (вторинна і третинна профілактика); санітарно-гігієнічне просвітництво; інформування клієнта про його права на медико-соціальну допомогу та порядок її надання з урахуванням специфіки проблем та ін. [59].

Соціально зорієнтовані функції – це забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я та надання медико-соціальної допомоги; представлення в органах влади інтересів осіб, які потребують медико-соціальної допомоги; сприяння у попередженні суспільно небезпечних дій; оформлення опіки і піклування; участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури; забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, стану довкілля, якості продовольчої сировини і продуктів харчування; інформування клієнтів про пільги, посібниках та інших видах соціального захисту; сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових та житлових проблем, отриманні пенсій, допомог і виплат; сімейне консультування і сімейна психокорекція;

психотерапія, психічна саморегуляція; комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та ін.

Інтегративні функції – це 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; участь у проведенні медико-соціальної експертизи; участь у здійсненні медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів; проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії, хірургії та інших галузях клінічної медицини; сприяння попередженню розповсюдження ВІЛ-інфекції та забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей; соціально-правове консультування; організація терапевтичних співтовариств само- і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру; участь у розробці комплексних програм медико-соціальної допомоги нужденним групам населення на різних рівнях; забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій у вирішенні проблем клієнтів та ін. Кваліфіковане сприяння клієнтам у вирішенні їх життєвих проблем, пов'язаних зі здоров'ям, визначає професійні особливості соціальної роботи та рівень підготовки фахівця з відповідної медичної спеціалізації [59].

Необхідно відзначити координуючу роль фахівця соціальної роботи, яка бере участь у наданні медико-соціальної допомоги, у вирішенні всього комплексу проблем клієнта, що опинився в складній життєвій ситуації і потребує співучасті фахівців суміжних професій – лікарів, психологів, педагогів, юристів і ін.

При плануванні та реалізації технологій соціальної роботи в охороні здоров'я можна виходити з умовного поділу медико-соціальної роботи на профілактичну і патогенетичну.

Використання соціальних технологій при здійсненні медико-соціальної роботи профілактичної спрямованості передбачає виконання заходів щодо попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я; формування установок на здоровий спосіб життя; забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я; участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях; соціальне адміністрування; забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я та ін.

Застосування технологій соціальної роботи при здійсненні медико-соціальної роботи патогенетичної спрямованості передбачає заходи щодо організації медико-соціальної допомоги; медико-соціальної експертизи; здійснення медичної; соціальної та професійної реабілітації інвалідів; проведення соціальної роботи в окремих областях медицини і охорони здоров'я; проведення корекції психічного статусу клієнта; створення реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури; забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій й ін.

Для створення найбільш ефективних технологій соціальної роботи в охороні здоров'я фахівці використовують базову модель медико-соціальної роботи, яка дозволяє забезпечити єдині методичні підходи в даному виді діяльності і врахувати специфіку тієї чи іншої конкретної галузі медицини і охорони здоров'я.

Основним правовим актом, що забезпечує розвиток соціальної роботи в сфері охорони здоров'я, є Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян. В 20 ст. цього документа зафіксована наступна правова норма: «Медико-соціальна допомога надається медичними, соціальними працівниками та іншими спеціалістами в установах державної, муніципальної і приватної систем охорони здоров'я, а також в установах системи соціального захисту населення».

У нашій країні здоров'я людини має пріоритетне значення, держава гарантує:

- організацію охорони здоров'я, включаючи ті її галузі, які повинні забезпечувати найбільш ефективно лікування, реабілітацію та протезування інвалідів; професійну орієнтацію, підготовку та перепідготовку, сприяння працевлаштуванню інвалідів;

- діяльність установ, що проводять медико-соціальну експертизу осіб, які отримали інвалідність і встановлюють у необхідних випадках їм групи інвалідності (ступінь обмеження працездатності);

- правове забезпечення реабілітаційної діяльності, гарантування прав інвалідів на повноцінне участь у житті;

- економічні заходи, що забезпечують виділення бюджетних коштів для організації заходів соціальної інтеграції у відповідності з чинним законодавством;

- забезпечення доступності для інвалідів соціальних та інформаційних ресурсів, створення доступного середовища життєдіяльності; забезпечення інформаційного супроводу діяльності з організації соціальної реабілітації інвалідів в цілому; навчання персоналу, задіяного у сфері соціальної реабілітації та інтеграції;

- ведення відповідних банків даних, здійснення наукових і прикладних досліджень;

- розробку стандартів соціального обслуговування, професійної та спеціальної освіти для інвалідів, сертифікацію освітніх послуг для інвалідів; організацію діяльності освітніх установ;

- реалізацію страхових зобов'язань держави, пов'язаних з професійними ризиками осіб, які стали інвалідами військових дій та надзвичайних ситуацій;

- забезпечення умов для реалізації права на дозвілля та участь у культурному житті [39].

У нас найбільш активно соціальна робота в сфері охорони здоров'я розвивається в області психіатрії, наркології, онкології, планування сім'ї.

Спеціаліст соціальної сфери відповідає не тільки за здоров'я, але і за соціальне благополуччя своїх клієнтів і є безпосереднім учасником, елементом

системи соціального захисту населення. Суспільні наслідки будь-якого захворювання, травми, інвалідизації також є сферою докладання зусиль соціального працівника.

Клінічна медицина керується проявами хвороби, тобто симптоматичної та синдромологічної картинами захворювання. Це добре зрозуміло на прикладах фізичних страждань хвороби. Коли ж справа стосується психічних і так званих прикордонних розладів, то необхідно брати до уваги щось відмінне від симптомів і синдромів, а саме – переживання людини, особливості його характеру і типу особистості. То ж і у випадках, коли особа тимчасово або назавжди втратив працездатність і змушений змінити свій соціальний статус. Страхи, надії, тривоги, побоювання, імовірнісні прогнози – ось що стає «об'єктом» для роботи лікаря. І тут виникає таке не зовсім чітка для клінічної медицини поняття, як соціальна реабілітація пацієнта. Там, де закінчуються можливості клініциста (обмеженого межами лікарняної палати), там починається робота фахівця соціальної сфери і соціальної медицини.

У зв'язку з тим, що сьогодні на перший план висувається не хвороба сама по собі, а уражений організм з усіма його особливостями і проявами, все більш стає зрозумілим, що хворій людині потрібен не тільки лікар, але й соціальний працівник, здатний допомогти у вирішенні його життєвих проблем. Соціальний працівник, який готує себе для служби на терені психології, психіатрії, геронтології, геріатрії, наркології, медикаментозної токсикології, медицини катастроф, так і загальної інфекційної медицини, неодмінно повинен знати в певних аспектах психосоматику і психотерапію. Психосоматика в широкому сенсі слова розуміється як організм особистості (або організм соціального людину).

Всі властивості організму розвиваються в процесі онтогенезу і являють собою результат взаємодії спадкових і довкілленевих чинників.

Соціальні, технічні та економічні зміни в ХХ ст. не вирішили ні морально-етичних, ні культурних, ні родинних, ні особистісних проблем. Одне з найважливіших відкриттів століття – виявлення найдрібніших частинок

матерії – не запобігло виникненню важких проблем: забруднення довкілля, наркоманії, СНІДу, хвороб цивілізації.

Реальне неблагополуччя в сфері охорони здоров'я демонструють і дані державних доповідей про стан здоров'я населення України. Особливе місце займають проблеми поширеності масових і соціально значущих захворювань. В останні роки відзначається різке погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу. Зареєстровано багато хворих із захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Рівень захворюваності злоякісними новоутвореннями також має тенденцію до зростання.

Психічне здоров'я населення визначає загальний стан здоров'я суспільства суттєвим чином впливає на його інтелектуальний потенціал, економічне благополуччя, культурну і моральну атмосферу. Несприятливі тенденції відзначаються і в стані психічного здоров'я дітей.

В даний час також різко загострилися проблеми, пов'язані із зловживанням алкоголем, наркотиками та іншими психоактивними речовинами. На обліку перебуває багато хворих на алкоголізм, нарко- і токсикоманії.

Основними захворюваннями, що стали причиною первинної інвалідності, є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення; хвороби нервової системи та органів чуття; травми. Положення посилюється в зв'язку з збільшенням кількості інвалідів працездатного віку.

Все більша кількість досліджень свідчить про те, що стресові ситуації позначаються на стані фізичного і психічного здоров'я людини, що населення сприймає стрес як основний, сприяє захворюванням фактор. Дані свідчать про те, що принаймні третина дорослого населення країни проживає в умовах високого рівня психоемоційного стресу і ще третина населення – у стані середнього рівня хронічного психоемоційного стресу. Таким чином, приблизно 70% громадян відчувають вплив хронічного стресу високого і середнього рівня.

Необхідно підкреслити, що всі перераховані явища і тенденції відбуваються на тлі важкого соціально-економічного становища, зумовленого

перехідним періодом до ринкових відносин і пов'язані з цим реформами систем охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Деякі фахівці під медико-соціальною активністю населення розуміють діяльність людей у сфері охорони, поліпшення індивідуального і громадського здоров'я в певних соціально-економічних умовах. Медико-соціальна активність включає: наявність гігієнічних навичок, виконання медичних рекомендацій, участь в оздоровленні способу життя та навколишнього середовища, вміння надавати першу долікарську допомогу собі та родичам, використовувати засоби народної, традиційної медицини та ін.

Підвищення рівня медико-соціальної активності та грамотності населення – найважливіше завдання діяльності лікувально-профілактичних установ системи охорони здоров'я, яка здійснюється через дільничного лікаря-терапевта і педіатра (особливо сімейного лікаря). Важливою складовою медико-соціальної активності є установка на здоровий спосіб життя.

Наукова організація охорони здоров'я окремих осіб, колективів і населення в цілому ґрунтується на розробці комплексу заходів по зміцненню захисно-приспосувальних механізмів людського організму, а також на створення умов, що попереджають можливість контакту людини з несприятливими подразниками, або ж на ослабленні дії шкідливих факторів. В цьому відношенні винятково важлива роль належить охорони навколишнього середовища, охорони праці, техніки безпеки на виробництві, протиепідемічним заходам, підвищенню санітарної культури населення, а також здорового способу життя.

Здоров'я – це нормальний фізичний стан, тобто стан цілісності і свободи від фізичних і психічних захворювань або хвороб.

Розрізняють здоров'я індивіда і здоров'я населення (суспільне здоров'я). Здоров'я окремої людини пов'язане з великими коливаннями найважливіших показників життєдіяльності, пристосувальними можливостями організму. Між здоров'ям і хворобою як протилежними станами може бути так звана предболезнь, коли захворювання ще немає, але захисні та пристосувальні сили

організму перенапружені або різко ослаблені, і шкідливий чинник, який у звичайних умовах не викликав би захворювання, може його викликати. Крім того, здоров'я не виключає наявності в організмі ще не проявились хвороботворного початку, коливань у самопочутті людини або навіть деяких відхилень від того, що розглядається як фізіологічна норма. Так, що розвиваються з віком у всіх людей атеросклеротичні зміни кровоносних судин є, безсумнівно, патологічним процесом, тим не менш здоров'я у людини може не порушуватися, якщо зазначені зміни виражені незначно.

Фактори, що збільшують ризик виникнення багатьох хвороб сучасності (нервові напруження, недостатня фізична активність, нерациональне надмірне харчування, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами і куріння), свідчать про їх соціальної обумовленості. У зв'язку з цим зросла потреба в розробці ефективних методів і засобів профілактики, ранньої діагностики і лікування. Досягнуті значні успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань.

Однак сучасна традиційна медицина і система охорони здоров'я, незважаючи на високі досягнення медичної і біологічної науки, виявилися безсилими перед вирішенням проблеми здоров'я. Оскільки увага медицини прикута вже до хворої людини, його хвороб та їх лікування до одужання, повного або неповного, а питання реабілітації, діагностики та лікування пограничних станів, а також збереження і зміцнення здоров'я – найвищого блага життя людини опинилися поза полем зору практичної медицини та системи охорони здоров'я.

Будь-який вид лікарської діяльності, комплекс оздоровчих, гігієнічних та профілактичних заходів в окремих колективах та на адміністративній території повинен оцінюватися з точки зору соціальної, медичної та економічної ефективності. Провідним критерієм оцінки ефективності можуть бути тільки показники здоров'я в динаміці (зниження захворюваності, смертності, інвалідності, збільшення тривалості періоду трудової діяльності та ін). Ефективність оцінюється як відношення отриманого результату до виробленим затратам. Однак тут не може переслідуватися мета економії коштів на здоров'я

людини або економії за рахунок здоров'я. Економічне обґрунтування лікувально-профілактичних заходів, аналіз використання різних соціальних технологій в охороні здоров'я необхідні для вибору найбільш оптимальних варіантів асигнування, досягнення найкращих результатів в охороні здоров'я населення. Основні складові економічної ефективності (або предотвращенного шкоди) наступні [22]:

приріст продукції за рахунок зменшення часу, втраченого трудящими з-за тимчасової непрацездатності, інвалідності, передчасної смерті;

зменшення витрат від зниження продуктивності праці працівників, ослаблених хворобою;

скорочення додаткових витрат на оздоровлення та техніку безпеки на ділянках із шкідливими і важкими умовами праці;

зменшення витрат на додаткову підготовку працівників, що заміщають хворих та інвалідів;

скорочення витрат на медичну допомогу в закладах охорони здоров'я у зв'язку із зменшенням чисельності пацієнтів;

зменшення витрат на соціальне страхування тимчасової непрацездатності.

У зв'язку з вищевикладеним стан громадського здоров'я можна трактувати як інтегральну категорію, всебічно характеризує рівень і ступінь добробуту, соціального та духовного розвитку людини, а також її фізичне здоров'я.

Застосування соціальних технологій в сфері охорони здоров'я безпосередньо пов'язане з вирішенням управлінських проблем та організацією діяльності фахівців. Розробка організаційних технологій – складний процес, що вимагає дотримання певних умов. Насамперед необхідно обов'язкова наявність солідної інформаційної бази даних, що стосуються різних аспектів соціальної діяльності у сфері охорони здоров'я. Попередньо повинен бути проведений ретельний аналіз існуючої ситуації в цілях підготовки наукового обґрунтування потреби в удосконаленні соціально-медичних технологій. В ході їх розробки повинні бути сформульовані цілі, досягненню яких вони покликані служити,

визначено найбільш раціональна структура, детально вивірені і описані принципи і конкретні шляхи її реалізації.

Крім того, для впровадження нової соціально-медичної технології має значення наявність допоміжного апарату, який забезпечує оптимальне функціонування даної технології (засоби правового, адміністративного, кадрового, технічного, фінансового, матеріального забезпечення).

У кожній галузі народного господарства розробляються і використовуються свої організаційні технології відповідно її специфіці і стоять перед нею практичним завданням. В охороні здоров'я соціальні технології тісно пов'язані з характером, процесом і результативністю надання соціально-медичної допомоги різним категоріям осіб і мають величезне значення для досягнення оптимальних результатів у цій галузі.

Поява нових технологій соціальної роботи в охороні здоров'я, як і в інших галузях, тісно пов'язано з загальними здобутками науково-технічного прогресу і з вдосконаленням вже зарекомендували себе технологій. Нові технології соціальної роботи з'являються або безпосередньо в ході вдосконалення практичної діяльності, або при розробці їх на дослідно-експериментальній основі. Можливо також запозичення організаційних технологій, успішно застосовуються в інших галузях. Наприклад, у соціальній роботі успішно застосовуються такі універсальні форми промислового виробництва, як стратегічне планування, бригадний метод роботи і комп'ютеризація.

Розвиток електронної техніки і телекомунікацій відкрило можливості для використання та адаптації таких організаційних технологій, як автоматичні інформаційні системи управління; дистанційне навчання і спілкування різних категорій клієнтів соціальних служб, консультації та конференції на відстані; електронні інформаційні бази даних і бібліотеки, електронний моніторинг та інше.

Історичний досвід роботи з соціопатическими порушеннями показує, що чим демократичніше інститути влади, тим більше злочинів і злочинців. Наш

час, що характеризується пануванням демократії в розвинених країнах, кримінально як ніколи в історії людства. Кількість людей в тюрмах у розвинених країнах збільшується рік від року в геометричній прогресії. Скасування смертної кари в ряді могутніх держав сприяє збільшенню числа злочинців. Це одна сторона медалі. Інша сторона – наростаюча генетична мутація, результатом якої є масова поява осіб з соціопатическими характеристиками, девіантними і делинквентними формами поведінки. Для боротьби з цими проявами і в цілях профілактики подальших порушень необхідний пошук методів дезактуалізації агресивних і насильницьких тенденцій у соціопатической особистості, вивчення [42]:

закритих товариств – місць позбавлення волі;

природжених злочинців;

взаємовідносин соціальних факторів і психосоматичної схильності до агресії та насильства;

законів взаємовідносин і взаємозв'язків осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі;

законів об'єднання злочинців в організовані групи;

законів функціонування бандформувань;

взаємовідносин і взаємозв'язків «статутних» і «нестатутних» між відкритим суспільством і закритим, яким є місця позбавлення волі;

можливостей «блокування» відкритим суспільством генетично зумовлених девіантних і делинквентних форм поведінки;

генеалогії, географії, характерології та етнічної психології злочинної особистості;

загальних закономірностей психології злочинця, соціопата і особистості, діяльність якої не є злочинною, але виходить за рамки загальноприйнятих норм поведінки і моралі.

Висновки до розділу 2

Безсумнівно, з кожним роком людство стає цивілізованішою у всіх відношеннях. І перша причина цього – науково-технічний прогрес. Але цивілізація аж ніяк не зміцнює здоров'я (людини, людей, суспільства, нації, народу). Це визнано в усьому сучасному світі фахівцями. Якщо судити по нашій країні в даний час, то цивілізація швидше сприяє захворювань, виникнення і поширення епідемій, інвалідизації та смертності. Тому саме використання соціокультурних технологій в роботі з населенням охороняє здоров'я людей від згубних наслідків цивілізації.

СНІД, губчастий енцефаліт, вірус грипу, епідемії токсикоманії, наркоманії, алкоголізму, дитячої проституції, олігофренії, психозів і багатьох інших «повальних хвороб» – коріння всього цього моральної деградації суспільства при бурхливому розквіті цивілізації. Науково-технічний прогрес, з одного боку, і комерційні інтереси, з іншого – є фактори, в кращому випадку не беруть під увагу здоров'я людини (ні фізичне, ні психічне, ні духовне). Отже, в їх сферах знаходяться механізми, що підвищують вірулентність (заразність) розповсюджувачів масових захворювань і знижують імунітет, тобто здатність чинити опір інфекції або факторів, що викликають, наприклад, серцево-судинні захворювання або раптову зупинку серця. Звідси вітальність, тобто життєздатність, населення планети різко знизилася, що підтверджується багатьма параметрами.

Проблема професійної захворюваності, що стосується стану здоров'я найбільш працездатної частини населення, що має важливе народногосподарське та соціальне значення, оскільки впливає на продуктивність праці багатьох працівників масових професій у провідних галузях промисловості, а також супроводжується істотним матеріальним збитком.

В даний час розробляються нові методики, що дозволяють діагностувати на доклінічному рівні початкові ознаки профзахворювань та визначити групи ризику, удосконалюються найбільш інформативні діагностичні критерії, оскільки лікувально-оздоровчі заходи виявляються найбільш ефективними саме в цих групах, а також на самих початкових етапах розвитку професійних захворювань. Стратегічною метою реалізації концепції є створення системи забезпечення безпечного середовища проживання і охорони здоров'я населення є забезпечення соціальних гарантій, екологізація виробництва, екологічно обґрунтованого розміщення виробничих сил, створення національної системи безпеки і охорони здоров'я населення, в основу якої покладено тотальний санітарно-гігієнічний моніторинг стану адаптації.

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНА ОЦІНКА РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

3.1. Рефлексивний аналіз реформаційних змін у сфері охорони здоров'я за критерієм соціальності

Головна мета будь-якої медичної реформи – надати усім громадянам єдиний та реальний фінансовий захист в охороні здоров'я у вигляді конкретних фінансових гарантій. Законопроекти, які мають запустити медичну реформу в Україні, розроблені урядом на виконання Концепції реформування охорони здоров'я затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р від 30 листопада 2016 року, та доопрацьовані парламентською робочою групою. Вони запроваджують новий дієвий механізм реалізації пацієнтами конституційного права на безкоштовну медичну допомогу, отримання якісних медичних послуг та лікарських засобів (див. [71-74] та ін.).

Законопроект № 6327 вводить поняття частково платної медицини та гарантованих безкоштовних послуг. Другий проект закону № 6329 передбачає розраховувати єдиний для всієї країни тариф за кожну послугу лікаря. Утримувати і розвивати лікарні повинні місцеві ради.

Що саме запроваджують ці законопроекти можна збагнути далі.

Новий дієвий механізм реалізації конституційного права на безкоштовну медичну допомогу, отримання якісних медичних послуг та лікарських засобів.

Державні гарантії оплати наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів держбюджету за принципом «гроші ходять за пацієнтом».

Поняття «державного гарантованого пакета» – визначеного обсягу медичних послуг та лікарських засобів, які держава зобов'язується оплачувати

за попередньо установленим єдиним тарифом, що затверджується КМУ щороку. Державні фінансові гарантії надаються незалежно від будь-яких додаткових критеріїв усім громадянам України.

Повній оплаті з держбюджету підлягатимуть медичні послуги та лікарські засоби на рівні первинної та екстреної (близько 80% усіх звернень громадян), а також паліативної медичної допомоги. Обсяг фінансування інших видів медичних послуг визначатиметься КМУ. Медична допомога на всіх рівнях і завжди оплачуватиметься державою.

У разі часткового покриття запроваджується офіційна співплата за отримані медичні послуги. Співплата може здійснюватися за рахунок коштів пацієнтів чи за рахунок інших джерел (наприклад, загальнообов'язкового соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування, коштів місцевих бюджетів) за установленим КМУ фіксованим тарифом співплати, поза яким стягнення плати заборонено.

До того ж у законі зазначено, хто зможе лікуватися повністю безкоштовно або на пільгових умовах: учасники АТО (ООС); особи з інвалідністю; пенсіонери; діти війни; особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської аварії; діти; інші соціально незахищені громадяни.

Медичні послуги в рамках державного гарантованого пакета надаватимуть заклади охорони здоров'я будь-якої форми власності та фізичні особи-підприємці, котрі мають ліцензію на медичну практику, відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, укладених із Національною службою здоров'я України («НСЗУ»). Оплату за надані послуги пацієнтам здійснюватиметься НСЗУ на підставі такого договору.

Сьогодні відомий обсяг послуг лікаря первинної ланки:

безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам;

формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;

надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;

направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;

ведення пацієнтів, котрі хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства;

здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства;

консультування щодо здорового способу життя;

проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;

оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики.

Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям:

інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;

динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;

здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;

ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;

надання паліативної допомоги, що охоплює:

оцінку ступеня болю;

призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

лікування больового синдрому;

оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства;

координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;

проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів;

призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;

підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію;

оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

Державні фінансові гарантії запроваджуються поступово, на первинному рівні – вже з січня 2018 року, на інших рівнях – до 2020 року.

В Україні визнаватимуться міжнародні клінічні настанови, що дають змогу застосувати кращі світові практики та досягнення доказової медицини.

Пільги, що вже існують у сфері медичного обслуговування, залишаються чинними та реалізуються відповідно до тих законів, якими вони упроваджені.

Додаткові державні фінансові гарантії повної оплати лікування для учасників антитерористичної операції (АТО, нині – Операція Об'єднаних Сил (ООС)) для визнання їхнього вкладу та самопожертви заради захисту України.

Слід зазначити, що без проекту закону № 6329 законопроект про фінансові гарантії надання медичних послуг не підкріплений грошима з держбюджету. Це означає, що вся реформа не буде працювати.

Безумовно, реформа охорони здоров'я повинна бути і, причому, на постійній основі, в залежності від економічного і соціально-демографічного складників.

Як і усе нове, реформа охорони здоров'я має як чимало прихильників, так і противників. Останні переконані, що її втілення в українських реаліях утруднене, і складно буде знайти кваліфікованого сімейного лікаря, а, по-друге, просто нереально дістатися у зазначені терміни до медичних закладів через різні причини.

Існує така думка, що в Україні завжди була й є юридична можливість змінити організаційно-правову форму закладів охорони здоров'я, залишаючи їх у власності держави й водночас надаючи їм можливість «заробляти на себе». Теоретично, мабуть, така опція є, але реалізація її не має сенсу, оскільки 49-та

стаття КУ напряду забороняє брати гроші за медичну допомогу з громадян у закладах державної та комунальної форм власності. Тобто, зміна організаційно-правової форми нічого не дає, і наприкінці двохтисячних це розуміли. Тому в ті часи зосередилися на іншому напрямку – пошуку медичної діяльності, яка не підпадає під термін «медична допомога» й може бути розцінена як медична послуга, або добровільна необов'язкова дія за згодою сторін, за яку можна брати гроші. З метою надання визначення поняттям «медична допомога» та «медична послуга» нація мобілізувала свій найкращий інтелектуальний потенціал, але так нічого і не змогла вигадати.

Українська медицина давно уже не безкоштовна. Хоча Конституція гарантує громадянам безплатну медичну допомогу та лікування, проте, коли питання доходить до суті на практиці, значна частина пацієнтів оплачує надані їм медичні послуги із власного гаманця. МОЗ вирішило змінити цю систему завдяки пакету реформ, які розробляє Національна служба здоров'я. У разі реалізації запланованих змін українці матимуть конкретний пакет безплатних медичних послуг і ліків. Однак обстеження, діагностику та стаціонар держава покриватиме частково.

Буде розроблений механізм і тарифи співоплати бюджетними коштами і пацієнтом. Зараз гарантований пакет безплатних послуг перебуває на етапі розробки. Проект документа ще має розглянути національна рада реформ, а потім парламент. ВРУ прийняла за основу Закон про «Державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» від 08.06.2017 р., тоді реформа первинної ланки може стартувати з 1 липня. Проте, перший гарантований пакет планується розробити тільки в 2018 році, а пацієнти зможуть відчувати реальні зміни лише у 2019-му.

Очевидно одне – економіка і соціальний потенціал України повинні бути готові до таких перетворень. Згідно з державною статистикою, демографічна ситуація, на жаль, не є задовільною. Смертність майже в два рази перевищує народжуваність, тривалість життя на 10-15 років нижча, ніж у Європі, некерована міграція населення та інше.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно в Україні: помирають майже 136 тисяч громадян, життя яких можна було б урятувати;

майже 4 тисячі українців помирають від туберкульозу – хвороби, яку в світі давно ефективно лікують;

майже 1200 дітей, яких можна було б урятувати, помирають під час пологів або у перший рік життя;

понад 7 тисяч українців помирають щороку від інфекційних захворювань, про які в світі вже давно забули і яких можна було б запобігти, якби система охорони здоров'я в Україні працювала на європейському рівні.

Ще не в повному, ефективному обсязі реалізована система реабілітації в Україні. Нині розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються:

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (м. Одеса);

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ);

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (м. Дніпро).

Реформа охорони здоров'я неодмінно торкнеться медико-соціальної експертизи осіб з обмеженими можливостями, з огляду на особливість надання сучасної кваліфікованої медико-соціальної допомоги населенню, яка полягає в тісній взаємодії декількох ланок медицини – лікарів медико-соціальних експертних комісій, лікарів первинної ланки охорони здоров'я і працівників Фондів соціальної допомоги.

Згідно з експертами ВООЗ, існує низка станів, до яких інваліди більш уразливі:

Вторинні порушення. Вони виникають на тлі спочатку існуючого захворювання і, як правило, пов'язані з ним. Часто такі порушення можна передбачити – важливі заходи профілактики.

Раннє старіння. Багато людей з інвалідністю починають старіти раніше, у них більш виражені вікові порушення.

Ризикована поведінка. Під час досліджень було виявлено, що особи з обмеженими можливостями часто більш схильні до куріння, нездорового харчування, малорухливого способу життя. Це підвищує ризик деяких захворювань.

Більш низька тривалість життя. Звичайно, цей показник залежить від виду і ступеня інвалідності. Учені з Великобританії довели, що люди, в яких є розумові і психічні розлади, як правило, мають більш високі ризики передчасної смерті.

Менше можливостей отримати якісну медичну допомогу. Це може бути пов'язано з тим, що інвалід фізично не може дістатися до лікарні, не має коштів, щоб скористатися платними медичними послугами, стикається з непідготовленими медичними працівниками, які не вміють працювати з такими людьми.

Слід зазначити, що реформа охорони здоров'я – це докорінна зміна принципів взаємин і правил взаємодії, переформатування медичного простору як такого. Щоб це здійснити, необхідно бачення контурів майбутнього і тривалий підготовчий етап. Для її реалізації, перш за все, потрібний системний підхід і планова етапність змін, що проводяться, з визначенням критеріїв ефективності кожного етапу.

У свою чергу, медики ставляться до реформи по-різному. Виникають багато побоювань. Вони хочуть бачити чітку етапність проведення реформи з реальними термінами та відповідальними за проведення.

МОЗ обіцяє до кінця року реформувати первинну ланку і забезпечити тотальну інформатизацію галузі (єдиний медичний реєстр, програма e-Health). Обіцяє також докорінну модернізацію системи екстреної медичної допомоги.

Реальні власники бюджетних коштів і установ охорони здоров'я побоюються скорочення медперсоналу і лікувальних установ.

Також незрозуміло, яка система вибудовується: єдиний медичний простір (гроші йдуть за пацієнтом) або трирівнева система медичної допомоги з госпітальними округами, де різні джерела фінансування кожного рівня. Це все різні поняття.

Сьогодні професійному медичному співтовариству незрозумілий підхід МОЗ до вирішення проблеми розширення доступу до сучасних медичних технологій та до впровадження міжнародних стандартів лікування на основі доказової медицини. Пропонується, замість системної роботи по гармонізації нормативної бази, навчання спеціалістів і стимулювання фармкомпаній до впровадження інноваційних препаратів на український ринок, замінити існуючу, хай не дуже досконалу, але діючу і динамічну систему, що розвивається, на систему клінічних протоколів простими посиланнями на англійськомовні джерела в Інтернеті.

Заміна локальних клінічних протоколів, які розробляються й оновлюються на основі адаптованих кращих світових зразків клінічних настанов і клінічних протоколів з медичної практики, новими клінічними протоколами медичної допомоги, затвердженими Міністерством охорони здоров'я без проходження процедури адаптації і навіть перекладу із загального переліку існуючих на інформаційних ресурсах медичних установ і організацій інших країн – явно поспішне рішення.

Зараз в Україні немає достатньої фізичної можливості забезпечити лікування строго по міжнародних протоколах, МОЗ пропонує модель, коли лікар на свій розсуд вибирає, а пацієнт дає письмову згоду на те, щоб пройти лікування згідно з тим чи іншим англійськомовним протоколом, і тим самим бере на себе відповідальність за процедуру лікування. На тлі комерціалізації діяльності лікаря, підвищення його самостійності і повноцінного впровадження в його роботу економічних і ринкових інструментів, відбудеться посилення правової

та поява економічної відповідальності за лікарняні помилки, ускладнення, побічні реакції та інше.

Виходячи з представлених «За» і «Проти» реформи охорони здоров'я України та, як наслідок існуючої ситуації в країні, слід очікувати подальше зменшення населення, зростання захворюваності. Поряд із загальним демографічним зниженням показників інвалідності – відбудуватиметься зростання «причинної» інвалідності, у тому числі прихованої, що може призвести до соціальної напруженості, в якій один на один з пацієнтами, які не мають можливості отримати необхідне лікування, виявляться і лікарі, й управлінці від медицини, і народні обранці всіх рівнів.

3.2. Рекомендації щодо вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. В багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Водночас численні матеріали свідчать, що значна кількість медичних втручань, в тому числі в різних країнах Європейського союзу, здійснюється на рівні нижчому за передбачуваний. Виявлено, що значна частка клінічних процедур недоцільна та нерентабельна. Маємо переконливі дані, що 20-30% медичних втручань є неефективними (або непотрібними або шкідливими). Реєструються надзвичайно великі розбіжності в результатах медичної допомоги не лише між країнами або регіонами однієї країни, а й між окремими закладами охорони здоров'я та лікарями.

За даними ВООЗ, однією з трьох фундаментальних цілей системи охорони здоров'я в світі (на 2020 р.) визначено поліпшення стану здоров'я населення, при цьому підкреслюється, що система охорони здоров'я має значний потенціал впливу на здоров'я населення.

Головною метою реформи медичного обслуговування є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості. Програма, інші стратегічні документи визначають шляхи та механізми реформ, а саме: структурну реорганізацію галузі, розмежування медичної допомоги між рівнями (первинним, вторинним та третинним); оптимізацію ліжкового фонду.

Основою політики у наступні роки має стати державницький акцент на охороні здоров'я у плані зміцнення фінансової та матеріально-технічної бази, а саме: «забезпечення фінансування охорони здоров'я на рівні 7 % від ВВП та поетапне його збільшення до 10 % від ВВП (відповідно до Програми Президента «Україна для людей»»).

Найголовнішим завданням на теперішній час є розробка і запровадження на державному та регіональному рівнях програми «Здоровий спосіб життя». Ця програма повинна включати міжнародний досвід боротьби з факторами ризику, мати конкретні точки впливу і вихідні результати. Безумовно, що вона повинна мати відповідне фінансування, конкретну відповідальність і безпосередній контроль на державному і муніципальному рівнях. Набутий досвід свідчить, що кошти, які вкладаються у первинну профілактику, окупаються в розмірі 1:10.

Серед різноманітних стратегій політики в галузі охорони здоров'я перспективними в соціальному плані вважаються такі.

Зміщення акценту з медичних на соціальні аспекти, що в цілому мають значно більший вплив на поширення хвороб.

Підвищення доступності (територіальної, фінансової тощо) та якості медичної допомоги для населення.

Активізація профілактичної спрямованості у сфері боротьби з туберкульозом, онкологічними захворюваннями та ВІЛ-інфекцією.

Розвиток міжвідомчої взаємодії, спрямованої на активне виявлення та надання допомоги громадянам із груп ризику (соціально-незахищені верстви населення, в'язні, особи, які вживають наркотики тощо) з обов'язковим залученням соціальних служб.

Формування у населення поведінки, спрямованої на самозбереження.

Необхідні заходи, що пропонуються в соціальному аспекті наступні:

здійснити аналіз стану виконання чинних державних цільових програм, за результатами якого розробити та прийняти відповідні оновлені Національні цільові програми, що базуватимуться на сучасних міжнародних підходах до розв'язання зазначених проблем і передбачатимуть систематичну міжвідомчу взаємодію із залученням громадськості та світового співтовариства;

на державному рівні розробити індикатори якості й ефективності та механізми відповідальності за організацію протидії соціально-небезпечним хворобам для всіх рівнів виконавчої влади;

розширити мережу закладів та кабінетів первинної медико-санітарної допомоги, що мають взяти на себе значну частку заходів щодо профілактики та виявлення на переважно ранніх етапах розвитку випадків захворювання.

Зростання захворюваності та поширеності хвороб, високий рівень інвалідності і значна частка в структурі населення людей старшого віку потребують належного забезпечення лікарськими засобами практично половини громадян України, але аналіз фармацевтичного ринку свідчить про недостатню забезпеченість основними життєво необхідними препаратами, а також недостатню доступність їх більшості хворих через обмеженість доходів і невідповідність мінімальному прожитковому рівню, що негативно впливає на показник загальної смертності.

На даний час вітчизняна промисловість виробляє лише менше половини від потрібної кількості ліків основних фармакологічних груп. Препарати, які імпортуються, не компенсують створеного дефіциту, а за своєю вартістю значно дорожчі, чим ще більше поглиблюють проблему доступності, як

наслідок – погіршується стан здоров'я населення – основи виробничих сил – економічного розвитку держави.

Разом з тим, в Україні кожен другий житель страждає на серцево-судинну патологію, понад 1 млн. – на психічні розлади, близько 1,5 млн. – на онкологічні хвороби, понад 750 тис. – на туберкульоз і т. ін.

Незважаючи на збільшення в останні роки випуску ліків вітчизняними виробниками і освоєння деяких нових, проблема забезпечення важливими лікарськими засобами залишається гострою.

Для прикладу: забезпечення серцево-судинними препаратами вітчизняного виробництва становить 60 %, для лікування психічних розладів – 40 %, протипухлинними – 55 %, протитуберкульозними – близько 50 %, анальгетиками – 60 % і т. д. Ця категорія хворих потребує особливо тривалого лікування різними дорогими препаратами [31].

Отже, найбільш масові ураження хворобами практично лише наполовину забезпечені мінімальною можливою медикаментозною терапією: протиаритмічними, психотропними, гормональними, антигрибковими, протизапальними, спазмолітичними, жовчогінними, кровозамінними, ферментними препаратами тощо. Не налагоджено виробництво сучасних наркотичних, більшості дитячих, тромболітичних та інших із 55 найважливіших груп.

Завдання реформи сфери охорони здоров'я на період 2020-2025 роки в соціальному аспекті наступні:

- підвищення якості медичних послуг;

- поліпшення доступності та зменшення нерівності в доступі різних верств населення до медичної допомоги;

- підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я;

- збільшення обсягів фінансування медичної допомоги з державного та місцевих бюджетів та підвищення ефективності використання ресурсів галузі охорони здоров'я;

впровадження сучасних медико-технологічних документів, розроблених на основі існуючої практики медичних втручань та технологій з доведеною ефективністю;

зростання задоволення населення системою медичного обслуговування;
захист інтересів пацієнта щодо отримання ним якісної медичної допомоги та забезпечення відшкодування у випадку медичної шкоди;

створення умов для забезпечення відповідального самолікування;
захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику;
створення стимулів для здорового способу життя населення й здорових умов праці.

Вільний ринок лікарських засобів, як і в країнах Європейського Союзу, повинен бути упорядкованим, регламентованим, з видачею патентів та ліцензій, тобто із належною реєстрацією для реалізації.

Шляхи та способи розв'язання проблеми:

Для України в контексті удосконалення управління якістю медичної допомоги пріоритетними є вимоги, визначені стратегією ВООЗ та ЄС, а саме доступність; безпечність; ефективність; орієнтованість на пацієнта; вчасність; раціональність; справедливість.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я запропоновано наступні напрями забезпечення управління якістю надання медико-соціальних послуг.

Політика: стратегія, бачення та участь уряду щодо удосконалення якості.

Організація: ефективні механізми здійснення національної політики в межах органів влади усіх рівнів з визначеними завданнями та функціями системи охорони здоров'я.

Методологія: забезпечення ефективних методичних підходів до удосконалення якості, постійного її розвитку на державному і місцевому рівнях, з урахуванням національного та міжнародного досвіду і наукових доказів.

Ресурси: відповідальність за ресурсне забезпечення програми якості, що перш за все забезпечить оптимальний рівень знань, навичок і інформації, необхідних для удосконалення якості.

Таким чином, створення системи якості медичної допомоги має такі аспекти:

політичний, пов'язаний з визначенням пріоритетів та прийняттям рішень у сфері нормативно-правового регулювання, ресурсного забезпечення та здійснення державного управління;

соціальний, пов'язаний з задоволенням очікувань населення та прагненнями працівників медичної галузі;

організаційний, пов'язаний з покращанням менеджменту в медичних установах, розвитком систем якості, стандартизації, метрологічного забезпечення.

Основні способи розв'язання цієї соціальної проблеми наступні.

1. В сфері підвищення доступності медичних послуг:

чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги; структурна перебудова системи медичної допомоги з акцентом на задоволення медичних потреб населення, зокрема шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізація спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги з диференціацією закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги на лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового, відновного (реабілітаційного) лікування, хоспіси;

розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги, прийняття нормативно-правових актів щодо порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають відповідний вид медичної допомоги, щодо порядку реалізації права вибору пацієнтом лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

визначення потреб у медичних кадрах для задоволення потреб населення у різних видах медичної допомоги; забезпечення підготовки медичних кадрів відповідно до потреб галузі;

забезпечення адекватного ресурсного забезпечення всіх типів закладів охорони здоров'я;

запровадження телемедичних технологій у діяльність системи медичного обслуговування;

створення адекватної системи управлінської вертикалі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі;

прийняття базових законів України «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги».

2. В сфері підвищення якості медичних послуг:

створення ефективної системи стандартизації медичних послуг, розроблення та впровадження нормативно-правових актів щодо медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів та протоколів провізора (фармацевта)) надання медичної медико-санітарної допомоги на засадах доказової медицини з дотриманням принципу мультидисциплінарного складу робочих груп, створення раціонального медичного маршруту пацієнта, розробка формулярів лікарських засобів первинної медичної медико-санітарної допомоги; поширення електронних версій формулярів лікарських засобів серед працівників охорони здоров'я;

створення передумов для впровадження оцінки медичних технологій з клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для пацієнтів у зв'язку з застосуванням певної медичної технології;

перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі (у закладів охорони здоров'я, що надають первинну

медичну допомогу – оплата за кількість осіб, у закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (вторинну) і високоспеціалізовану (третинну) медичну допомогу – залежно від обсягів, структури і якості наданої медичної допомоги;

покращення матеріально-технічного обладнання закладів охорони здоров'я: проведення інвентаризації та розроблення примірних табелів матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я;

розроблення та впровадження системи індикаторів якості роботи медичних закладів;

удосконалення критеріїв ліцензування медичної практики та критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я;

створення незалежних центрів оцінювання відповідності медичної практики ліцензійним вимогам, закладів охорони здоров'я – акредитаційним вимогам;

створення незалежних центрів оцінювання відповідності медичної практики ліцензійним вимогам, закладів охорони здоров'я – акредитаційним вимогам;

розроблення та затвердження нормативно-правових актів (примірних положень) для лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні (реабілітаційного) відновного лікування, хоспісу, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, дитячої міської лікарні;

оновлення форм первинної медичної документації, виходячи з завдань, які повинна вирішувати система охорони здоров'я;

запровадження інноваційних технологій надання медичної допомоги;

створення системи управлінського обліку, що поєднує медико-статистичну та економічну інформацію;

запровадження інформаційних технологій для формування баз даних та обробки клінічної, медико-статистичної та економічної інформації;

заснування щорічної премії та відзнаки у галузі якості надання медичної допомоги.

3. Створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування:

створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема шляхом зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки), змінної – залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги;

розроблення та внесення проекту акта щодо вдосконалення умов оплати праці працівників галузі охорони здоров'я.

4. У сфері забезпечення ефективного використання бюджетних коштів:

скорочення багаторівневої системи фінансування на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів;

розроблення та внесення проекту акта щодо запровадження у системі охорони здоров'я програмно-цільового методу у бюджетному процесі;

перехід від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів медичними закладами;

запровадження закупівлі медичних послуг;

створення єдиного медичного простору;

перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці;

створення стимулів та умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку.

Очікувані результати мають бути такі.

Формування єдиної системи управління якістю медичної допомоги в Україні та запровадження її на всіх рівнях.

Забезпечення ефективної взаємодії органів управління охорони здоров'я всіх рівнів та форм власності з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги населенню.

Підвищення доступності та якості медичної допомоги населенню.

Здійснення переходу до використання в охороні здоров'я технологій з доведеною ефективністю і безпекою для пацієнтів, з урахуванням раціональності та економічної доцільності їх застосування.

Розробка та впровадження мотиваційних механізмів підвищення професійної відповідальності медичних працівників.

Удосконалення професійної підготовки кадрів на післядипломному рівні з запровадженням методології управління якістю медичної допомоги, заснованій на доказовій медицині.

Підвищення ролі громадських та наукових організацій в системі управління якістю та її впровадження і моніторингу.

Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів в охороні здоров'я.

Зменшення потреб населення у вторинній та третинній допомозі.

Підвищення впливу системи охорони здоров'я на зниження показників смертності, захворюваності та інвалідності за рахунок підвищення якості медичної допомоги.

Покращення стану здоров'я населення.

Висновки до розділу 3

Поліпшення якості медико-соціальної допомоги в Україні – одна з актуальних проблем сьогодення. В національному плані дій визначено основні напрямки реформи медичного обслуговування в соціальному аспекті, що

включають підвищення доступності медичних послуг, підвищення якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування. Таким чином, проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Нагальним соціальним завданням нинішнього часу в Україні є реформування, фактично – створення нової системи охорони здоров'я з якісною медичною допомогою. Це потребує суттєвих змін на законодавчому рівні. Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

Таким чином, держава повинна володіти контрольним пакетом акцій у створенні умов, до яких належать здоров'я, освіта, культура, соцзахист та інші складові благополуччя людини, необхідні для виробництва матеріальних благ на її користь у суспільстві загалом. Отже, в галузі охорони здоров'я оптимальним вважається варіант моделі із контрольним пакетом акцій на збереження і покращання здоров'я населення, що має забезпечувати гарантований мінімум комплексних заходів охорони здоров'я в цілому та належну первинну допомогу зокрема.

ВИСНОВКИ

1. ЮНЕСКО визначає поняття «здоров'я» як відсутність патологічних відхилень в організмі і стан повного комфорту: фізичного, психологічного та соціального та ін. Численні енциклопедії дають наступне трактування аналізованого поняття: «Здоров'я – це природний стан організму, що є відображенням його досконалої саморегуляції, гармонійної взаємодії всіх органів і систем і динамічного врівноваження з довкіллям і відсутністю будь-яких хворобливих змін». Істотною стороною здорового способу життя є гармонійність соціальних і біологічних функцій людини, яка зумовлена відповідністю фізичного і духовного розвитку особистості. Здоровий спосіб життя і його реалізація залежать не тільки від об'єктивних, а й від суб'єктивних чинників, рівня свідомості і загальної культури людини. Саме тому здоровий спосіб життя можна цілеспрямовано формувати. Здоровий спосіб життя слід розглядати як активну цілеспрямовану форму поведінки, що забезпечує збереження і тривале підтримання психічного і фізичного здоров'я, а також підвищення адаптаційних можливостей організму.

2. Охорона здоров'я нині – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні і забезпечує її реалізацію. Державна соціальна політика в сфері охорони здоров'я спрямована на зреалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

3. Українське законодавство закріплює такі визначальні поняття, як здоров'я, його охорона та заклади, медико-санітарна допомога. Здоров'я визначається як стан повного фізичного, психічного і соціального

благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

4. Проблема професійної захворюваності, що стосується стану здоров'я найбільш працездатної частини населення, має важливе народногосподарське та соціальне значення, оскільки впливає на продуктивність праці багатьох працівників масових професій у провідних сферах і галузях промисловості, а також супроводжується істотним збитком. Нині розробляються нові методики, що дозволяють діагностувати на доклінічному рівні початкові ознаки профзахворювань та визначити групи ризику, удосконалюються найбільш інформативні діагностичні критерії, оскільки лікувально-оздоровчі заходи виявляються найбільш ефективними саме в цих групах, а також на самих початкових етапах розвитку професійних захворювань. Стратегічною метою реалізації концепції є створення системи безпечного довкілля середовища проживання і охорони здоров'я населення, забезпечення соціальних гарантій, екологізація виробництва, екологічно обґрунтованого розміщення продуктивних сил, створення національної системи безпеки і охорони здоров'я населення, в основу якої покладено санітарно-гігієнічний моніторинг стану здоров'я громадян.

5. Поліпшення якості медико-соціальної допомоги в Україні – це одна з актуальних проблем сьогодення. В національному плані дій визначено основні напрямки реформи медичного обслуговування в соціальному аспекті, що включають підвищення доступності медичних послуг, підвищення якості медичних послуг, підвищення ефективності державного фінансування. Таким чином, проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я, в тому числі і у соціальному аспекті.

6. Нагальним завданням нинішнього часу в Україні є реформування системи охорони здоров'я саме в соціальному аспекті, а фактично – створення нової системи охорони здоров'я з якісною і всебічною медико-соціальною допомогою. Усе це потребує суттєвих змін на законодавчому рівні. Адже якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки. Традиційно при формуванні соціальної політики в сфері охорони здоров'я для покращання громадського здоров'я головна увага приділялася фінансуванню медичного обслуговування, однак в останні роки зростає кількість даних, які свідчать про відсутність прямої залежності між обсягами фінансування охорони здоров'я і результатами її діяльності, вираженими в кількісних і якісних показниках здоров'я населення. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн світу розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. У багатьох країнах прийняті і функціонують дієві програми забезпечення якості медичної допомоги населенню.

7. Ефективність і чіткість функціонування усіх ланок поліпшення якості медичної допомоги в соціальному аспекті можливі тільки при узгодженій їхній взаємодії. Тому керівні органи, що здійснюють підготовку і післядипломне навчання кадрів, медичні і соціальні заклади повинні керуватися єдиною стратегією та концептуальними підходами до поліпшення якості медико-соціальної допомоги. Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, що спрямований на поліпшення результатів роботи системи, її постійну модифікацію і вдосконалення, а не покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають ustalеним нормам, адже потрібний нагальний креативний підхід до вирішення розглянутих нами у цьому дослідженні питань.

ВИКОРИСТАНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА

1. Авдєєнко І. М. Сучасні підходи до розуміння поняття «культура здоров'я» // Педагогічні науки: зб. наук. пр. – Херсон: ХДУ, 2011. – Вип. 59. – С. 165-169.
2. Авдєєнко І.М. Розвиток культури здоров'я студентів в освітньому середовищі вищого навчального закладу: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.04. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2016. – 20 с.
3. Айзман Р.И. Методологические принципы мониторинга здоровья участников образовательного процесса // Проблемы адаптации и сохранения здоровья населения в условиях Сибири: матер. регион. научн.-практ. конф. – Кызыл: изд-во ТывГУ, 2008. – С. 9-15.
4. Амосов Н. Н. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 197 с.
5. Ананьев В. А. Психология здоровья. – СПб.: Университет, 2015. – 256 с.
6. Ананьев В.А. Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1995. – № 3. – С. 54-67.
7. Апанасенко Г. Л. Попова Л. А. Медицинская валеология. – Ростов-на/Д.: Феникс, 2000. – 243 с.
8. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб.: МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.
9. Бардов В. Г., Сергета І. В. Загальна гігієна та екологія людини. – Вінниця: Нова книга, 2002. – С. 164-185.
10. Бароненко В.А. Концептуальный подход к проблеме культуры здоровья // Валеология. – 2002. – №3. – С. 74-78.
11. Бойчук Ю.Д. Людина як космопланетарний та біопсихосоціальний феномен // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди «Філософія». – Харків: ХНПУ, 2013. – Вип. 40, ч. І. – С. 51-67.

12.Бойчук Ю.Д., Авдєєнко І.М., Туричнов А.В. Педагогічні умови розвитку культури здоров'я студентів в освітньому середовищі вищого навчального закладу // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технологія: наук. журн. – Суми: Вид-во СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2015. – С. 141-149.

13.Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини: навч. посіб. / за ред. проф. Е.М. Солошенко. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. – 546 с.

14.Быховская И. М. Человеческая телесность как объект социокультурного анализа. – М.: Прогресс, 2012. – 178 с.

15.Вайнер В. Валеология: учебник для вузов. – М.: Флинта, 2001. – 416 с.

16.Валетов М.Р. Формирование здоровьесориентированной направленности личности в процессе физического воспитания: дисс. ...канд. пед. наук. – Челябинск, 2006. – 174 с.

17.Васильева О., Журавлева Е. Здоровый образ жизни: стереотипы представления и реальная ситуация: Педагогика здоровья // Народное образование. – 1999. – № 10. – С. 202-207.

18.Ведмицкий В.А. Здоровый образ жизни как основной фактор здоровья // Валеологическое образование как основа здорового образа жизни населения Сахалинской области: Матер. научн.-практ. конф. / Отв. редактор П.Н. Пасюков. – Южно-Сахалинск, Изд-во Сах. обл. ИУУ. – 159 с.

19.Виленский М.Я. Здоровый образ жизни студентов: сущность, строение, формирование // Социокультурные аспекты физической культуры и здорового образа жизни. – М.: Советский спорт, 1996. – С. 14-21.

20.Волошина Л. Н. Развитие здоровьесберегающего образовательного пространства дошкольных учреждений (методология, теория, практика): дисс. ... докт. пед. наук: 13.00.04. – Екатеринбург, 2006. – 434 с.

21.Гирусов Э. В. Биосоциальный подход в изучении трудовой деятельности. – М.: Наука, 1999. – 365с.

22.Гончаренко М.С., Бойчук Ю.Д. Екологія людини: навч. посіб. – Суми: Університетська книга; К.: ВД «Княгиня Ольга», 2005. – 394 с.

23.Грибан В. Г. Валеологія: навч. посібник для студентів ВНЗ. – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 256 с.

24.Грига ІМ. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод, рекомендації по проведенню навч. курсу для магістеріуму / Школа соціальної роботи Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.» – К.: Вид. дім «KM Academia», 2001. – (Методична серія). – 82 с.

25.Гримак Л. П. Техники психической саморегуляции. – М.: Гардарики 2015. – 141 с.

26.Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Университет, 2009. – 234 с.

27.Гусак П. М., Зимівець Н. В., Петрович В. С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: монографія / За ред. П. М. Гусака. – Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. – 219 с.

28.Гусейнов А. А. Философия между знаниями и ценностями. – М.: Наука, 2011. – 247 с.

29.Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : Навч. посіб. / Кер. авт. кол. І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

30.Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. – 396 с.

31.Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. Ч. 2. – 484 с

32.Державне управління охороною здоров'я в Україні: кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. Т.Д.Бахтєвої ; за заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – 424 с.

33.Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М.М.Білінська, Я.Ф.Радиш, І.В.Рожкова та ін. ; та заг. ред. проф. М.М.Білінської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

34. Диканова Е.Г. Культура здоровья в образовательном пространстве. – Волгоград: Перемена, 2003. – 100 с.
35. Димов В.М. Новая концепция здоровья: системный подход // Социально-гуманитарные знания. – 1994. – № 4. – С. 185-191.
36. Діагностичні підходи до визначення стану духовного і морального здоров'я особистості: навч. посіб. для проведення практич. занять / укл. проф. М. С. Гончаренко, доц. Е.Т. Караченська, В.Є. Новікова. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2006. – 157 с.
37. Єфімова В.М. Здоров'язбережувальна діяльність у школах здоров'я: зарубіжний досвід // Порівняльно-педагогічні студії. – 2012. – № 3 (13). – С. 98-103.
38. Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ. – «Основи законодавства України про охорону здоров'я». – ВВР. – 1993. – № 4, ст. 19.
39. Залеський І.І., Клименко М.О. Екологія людини: підр. – К.: ВЦ «Академія», 2005. – 288 с.
40. Запесоцкий А. С. Образование, философия, культурология. – М.: Наука, 2014. – 195 с.
41. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод, матеріали до тренінгу / Авт.-упоряд. Н.В. Зимовець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2004. – С. 92—156.
42. Здоров'я – моя цінність: Метод, матеріали до тренінгу / Автор-упоряд.: О.М. Петрик; За заг. ред. І.Д. Зверєвої. – К.: Наук, світ, 2005. – 53 с.
43. Зимин С. М. Философия как наука и как явление культуры. – М.: Гардарики, 2003. -121 с.
44. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентации человека. – М.: Наука, 2000. – 293 с.
45. Ильин Б.Н. О понятии «здоровье человека» // Вестник АМН СССР. – 1984. – № 4. – С. 15-18.
46. Іващук Л. Ю., Онишкевич С. М. Валеологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2010. – 400 с.

47.Патов А. В. та ін. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітично- інформаційний довідник /за ред. заступника начальника управління медико-соціальної допомоги населенню – начальника відділу експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності Медичного департаменту МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2017. – 168 с.

48.Казначеев В.П. Теоретические основы валеологии. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1993. – 121 с.

49.Копа В. М. Соціальна валеологія: навч. посіб. – Львів: Новий Світ–2000, 2011. – 204 с.

50.Коцан І. Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.

51.Кудрявцева Е.Н. Здоровье человека: проблемы, суждения // Вопросы философии. – 1987. – № 12. – С. 98-109.

52.Лаврентьев Г. В., Лаврентьева Н. Б. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ.: в 3-х ч. – Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. – Ч. 1. – 156 с.

53.Лаврентьев Г.В., Лаврентьева Н.Б., Неудахина Н.А. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ. в 3-х ч. – Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. – Ч. 2. – 232 с.

54.Лисовский В. Т. Духовный мир и ценностные ориентации молодежи. – М.: Проспект, 2002. – 220 с.

55.Лищук В.Д. Научные основы здоровья // Вестник АМН СССР. – 1994. – № 4. – С. 55-59.

56.Магістеріум. Соціальна робота і охорона здоров'я / Ред.: В.С. Брюховецький. – К.: Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.», – 2004. – Вил. 15. —91с

57.Маджуга А.Г. Здоровьесотворяющее образование: монография. – Уфа: РИО РУМНЦ, 2018. – 389 с.

58.Маркузе Г. Одномерный человек. – СПб.: Невский проспект, 2017. – 205

с.

59.Медико-біологічні основи валеології: навч. посіб. для студентів ВНЗ / під ред. П. Д. Плахія. – Кам'янець-Подільський, 2000. – С. 128-135.

60.Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособ. – М.: Изд. центр «Академия», 2018. – 192 с.

61.Моделювання та впровадження програм щодо формування здорового способу життя / Під заг. ред. І. Зверевої та Г. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2000. – 59 с. – (Благополуччя дітей та молоді: можливості соціальної роботи (у рамках проекту «Соціальна освіта в Україні»). – К: Наук, світ, 2000. – 59 с.

62.Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751. – Положення про реєстр медико- технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. – ОВУ. – 2012. – № 95, с. 174, ст. 3857.

63.Наказ МОЗ України від 04.11.1911 р. № 756 – Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико- санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації. – ОВУ. – 2011. – № 101, с. 112, ст. 3733.

64.Недосипання громадян коштує мільярдних збитків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://firstsocial.info/news/nedosipannya-gromadyan-koshtuye-milyardnih-zbitkiv>

65.Омельченко С. Валеонасичений здоров'язбережувальний освітній простір вищого навчального закладу. – Слов'янськ: Вид. центр СДПУ, 2012. – 166 с.

66.Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2002.

67.Оцінка ефективності програми «Здоров'я та розвиток молоді». 1997—2001. – К., 2001. – 95 с.

68.Пилюшенко А.В. Здоровый образ жизни как феномен субъектно-объектных отношений: дисс. ... канд. филос. наук: 09.00.11. – М., 2016. – 140 с.

69.Поддерживающие системы и взаимопомощь: Полидисциплинарные исследования / Под ред. Дж. Каплан, М. Киллелся. Нью-Йорк, 1976.

70.Понад 60% українців не ходять до лікарів – опитування – [Електронний ресурс] / BBC Україна. – 2017. – 24 січня. URL: <http://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-38735929>

71.Постанова Верховної Ради України від 08.06.2017 № 2093-УІІІ. – «Про прийняття за основу проекту Закону України про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів».

72.Постанова КМУ від 21.11.2013 р. № 917. – Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям. – ОВУ. – 2013. – № 100, с. 2, ст. 3666.

73.Про становище молоді в Україні (за підсумками 1999 р.): Щорічна доп. Президентові України, Верховній Раді, Кабінету Міністрів України. – К., 2000.

74.Проект Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів від 10.04.2017 р. № 6327.

75.Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. – Самара: Изд. Дом «БАХРАХ–М», 2017. – 672 с.

76.Рамзаев П.В., Тарасов С.И., Машнева Н.И. и др. Величина здоровья как единый критерий в системе нормирования ионизирующих и других вредных факторов // Радиационная гигиена. – 1978. – Вып. 7. – С. 61-66.

77.Рингач Н.О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія. – К.: НАДУ, 2009. – 296 с.

78.Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. – Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. – ОВУ. – 2017. – № 2, с. 175, ст. 50.

79.Розпорядження КМУ від 31.10.2011 р. № 1164-р. – Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». – ОВУ. – 2011. – № 90, с. 32, ст. 3273.

80.Россет Э. Продолжительность человеческой жизни / Пер. с польск. – М.: Прогресс, 2015. – 383 с.

81.Секач М.Ф. Психология здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. – М.: Гаудеамус, 2009. – 192 с.

82. Серова И.А. Философия здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. – Пермь: Прогресс, 2014. – 302 с.
83. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе: метод. пособ. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
84. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА, 2001. – С. 261—270.
85. Старикова Л.Д., Стариков С.А. Методы педагогического исследования: учеб. пособ. – Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2010. – 336 с.
86. Стратегические документы. Важные заявления, декларации и т.п., относящиеся к политике ВОЗ в Европейском регионе [Электронный ресурс] / ВОЗ. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents> (дата звернення: 16.06.2017).
87. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимовець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко, За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Наук, світ, 2003. – 95 с.
88. Трофімов Ю.Л. та ін. Психологія: підручник. – К.: Либідь, 2001. – 560 с.
89. Успенська В. Впровадження здоров'язберігальних технологій у загальноосвітньому навчальному закладі – вимога часу // Рідна школа. – 2009. – № 4. – С. 44 – 47.
90. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы / Моск. гос. соц. ун-т. – М.: Гуман. изд. центр «ВЛАДОС», 2001. – С. 236—251.
91. Форми організації дозвілля дітей та молоді / Упоряд.: В.В. Молочний, С.О. Меньков, О.В. Безпалько; За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Наук, світ, 2005. – 58 с.
92. Хен Ю. В. Евгеника: основатели и продолжатели. – М.: Гаудеамус, 2016. – 198 с.
93. Хижняк М., Нагорни А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 229 с.
94. Цивільний Кодекс України від 03.10.2003 р. – ВВР. – 2003. – №№ 40-44, ст. 356.

95.Цілі сталого розвитку 2016–2030 [Електронний ресурс] / ООН. – URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> (дата звернення: 15.06.2017).

96.Шагина И.Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа: автореф. дисс. ... канд. социол. наук: 14.02.05. – Казань, 2010. – 24 с.

97.Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge. 1982.

98.Goldstein E.G. Ego psychology and social work practice, N.Y., 1984.