травмі, після якої потрібно відновитися, то «резилієнс відображає здатність підтримувати стабільну рівновагу» (Bonanno, 2004) , зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним сторонам, ресурсам та можливостям. Тобто, визнано той факт, що «населення, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій, має власні здібності, навички, ресурси та можливості. Тому ігнорування цього і фокусування лише на нестачі чогось (наприклад, на психічних розладах) є поширеною помилкою» (MHPSS in Complex Emergencies, 2016) . При цьому підхід резилієнс не виключає того, що «люди можуть переживати посттравматичний стресовий розлад чи мати інші проблеми психічного здоров'я, але робота з проблемами психічного здоров'я має відбуватися лише в рамках комплексного надання послуг. До того ж лікування важких розладів, включно з ПТСР, мають забезпечувати підготовлені фахівці» . До того ж, численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій тоді, коли почуваються в безпеці, мають тісні (родинні) зв'язки, перебувають у спокої; мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки, а також знаходять способи допомогти собі. А основними факторами ризику, що зумовлюють розвиток психічних захворювань, є ті несприятливі умови навколишнього середовища, в які потрапляють люди. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку психічних захворювань.

Чи така вже нездійсненна соціальна робота в охороні здоров'я України?

д.п.н., проф. Семигіна Т.В.

Академія праці, соціальних відносин і туризму

Постановка проблеми. В європейських країнах, США, Індії тощо досить поширена практика створення медико-соціальних закладів, формування мультидисциплінарних команд у медичних закладах, підготовка соціальних працівників до «медичної соціальної роботи», а лікарів – до продуктивної співпраці із соціальними працівниками, психологами та іншими членами мультидисциплінарної команди, є стандарти медичної соціальної роботи. В Україні надання медичних та соціальних послуг є відомчо роз'єднаним. У той час як їхні користувачі мають здебільшого комплексні біопсихосоціальні проблеми. Мета та методологія. У цій роботі – на основі аналізу документів,

спостережень та інтерв'ю з керівниками закладів – оглянуто наявний на 2016 рік стан соціальної роботи в охороні здоров'я, а саме: визначено, в яких закладах є посади соціальних працівників і які функції вони виконують, яким чином відбувається співпраця між медичним персоналом та соціальними працівниками. Результати. Проведений аналіз дає підстави для виокремлення таких форм здійснення соціальної роботи в сучасних закладах охорони здоров'я України: 1) запровадження посад соціальних працівників у штаті медичного закладу; 2) офіційна співпраця між закладом охорони здоров'я та державною установою, яка надає соціальні послуги; 3) офіційна співпраця між закладом охорони здоров'я та недержавною організацією, яка надає соціальні послуги; 4) періодичні чи нерегулярні соціальні інтервенції у закладі охорони здоров'я. Є також заклади охорони здоров'я, в яких цілковито відсутні соціальні інтервенції чи будь-яке залучення соціальних працівників. Вона відносно більше розвинута у таких сферах, як протидія епідемії ВІЛ/СНІДу, наркологія, паліативний догляд, сімейне планування та охороні психічного здоров'я. При цьому переважно за участі міжнародних проектів. Але і в цих закладах найчастіше спостерігається публічно-приватне партнерство. Функції соціальних працівників в закладах охорони здоров'я України варіюються. Попри існування окремих стандартів та протоколів їхні реальні ролі багато в чому зумовлені баченням головних лікарів або іншого медичного персоналу. Частина закладів, що перебувають у відомчому підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України, як-от психоневрологічні інтернати, геріатричні заклади тощо, є, за своєю суттю, закладами медичними, що забезпечують постійне перебування клієнтів, їх фізіологічні та біологічні потреби. При цьому в цих закладах, переважно, немає посад соціальних працівників і сучасної соціальної роботи. Ціла низка структурних бар'єрів має бути подолана задля розвитку соціальної роботи в охороні здоров'я, починаючи від впровадження посад соціальних працівників різних рівнів, визначення функцій залежно від різновиду закладу та підготовки відповідних фахівців. Висновки. У цілому соціальна робота в закладах охорони здоров'я України не є поширеною, грунтується на публічно-приватному партнерстві та потребує належної інституціоналізації, підготовки як соціальних, так і медчиних працівників до роботи у мультидисциплінарних командах.