

Булеза Богдана Ярославівна

лікар-алерголог Закарпатської обласної клінічної лікарні, м.Ужгород, Україна

ГОТОВНІСТЬ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО МЕДИКО–СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ – ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА

В статті розглядаються питання медико-соціальної роботи з дітьми, які є жертвами насильства. Проаналізовані різні види насильства (моральне, фізичне, сексуальне) та їх прояви у поведінці дітей. Обґрунтовується необхідність проведення медико-соціальної роботи з такими дітьми. Запропоновано визначення медико-соціальної роботи. Розкрито сутність готовності до проведення медико-соціальної роботи з дітьми – жертвами насильства.

Ключові слова: діти – жертви насильства, медико-соціальна робота, готовність, критерії готовності, соціальні працівники.

Вступ. В сьогоденні складних соціально-економічних умовах зростає об'єктивна потреба в діяльності комплексного характеру – медико-соціальної роботи, в межах якої соціальні працівники реалізують спеціальні профілактичні та реабілітаційні програми для особливих категорій осіб (алко- та наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих, людей з обмеженими можливостями, похилого віку, невиліковно хворих) у наркологічних і психіатричних диспансерах, медико-соціальних реабілітаційних закладах; геріатричних інтернатах, хоспісах та ін.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вітчизняними вченими висвітлено різні аспекти проблеми становлення інституту медико-соціальної роботи і особливостей професійної діяльності фахівців медико-соціальної сфери (І.Булах, І.Грига, Н.Зимовець, Л.Кнодель, Г. Мешко, С.Стеценко та ін.). Серед зарубіжних дослідників варто відзначити В.Бочарову, Дж. Донеллі, Б. Еріксона, А.Козлова, М. Пейна, Н.Ричкову, Ю. Хеймінга, О.Холостову та ін.

Мета статті – обґрунтувати необхідність медико-соціальної роботи з дітьми, які є жертвами насильства, розкрити сутність готовності до цього виду професійної діяльності соціального працівника.

Виклад основного матеріалу. Медико-соціальна робота – це вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення. Вона принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я, оскільки передбачає забезпечення системних медико-соціальних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень чи інвалідності.

Базова модель медико-соціальної роботи була запропонована А.Мартиненко. Вона включає медико-соціальну роботу : патогенетичної спрямованості (робота з тими, хто часто хворіє, має виражені соціальні проблеми, обмежені фізичні можливості) і профілактичної спрямованості (люди групи підвищеного ризику, члени їх сімей) [1].

Оскільки медико-соціальна робота є мультидисциплінарним видом діяльності, вона використовує форми і методи роботи, характерні для системи охорони здоров'я (реабілітаційні, психотерапевтичні), соціального захисту населення (консультування, соціальне обслуговування в стаціонарних закладах і вдома). Крім того, використовуються методи психології і педагогіки.

Медико-соціальна робота проводиться в різних установах і закладах : медичних, соціальних, комбінованих медико-соціальних, в закладах профілактичного спрямування (пропаганда здорового способу життя, профілактика алкоголізму, наркоманії та ін.).

Традиційно клієнтами чи потенційними клієнтами

медико-соціальної роботи є: бездомні люди; родини, в яких існують проблеми дитячої занедбаності, сексуальних, фізичних зловживань щодо дитини або одного з партнерів чи делінквентна поведінка та труднощі у навчанні дитини; подружні пари, що мають серйозні подружні конфлікти; родини, в яких дитина виховується лише одним з батьків; особи, які живуть з ВІЛ/СНІД, та їхні родини; особи, які мають низькі доходи через безробіття, відсутність годувальника, фізичні обмеження, недостатність навичок тощо; особи, які перебувають в ув'язненні чи колишні ув'язнені; незаміжні вагітні дівчата-підлітки або такі, що вже виховують дитину; гомосексуалісти, лесбійки, які мають особисті або сімейні проблеми; особи, які мають соматичні (тілесні), психічні захворювання або інвалідність; термінально (безнадійно) хворі; залежні від алкоголю, наркотиків особи та їхні родини; мігранти і меншини, що мають недостатні ресурси, можливості, жертви расизму, сексизму (статевої дискримінації) або інших форм дискримінації; особи похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати; мігранти і біженці, яким не вистачає необхідних для життя ресурсів; особи, які перебувають у стресовому стані, спричиненому травматичними подіями (смерть близької людини, природні або техногенні катастрофи, вихід на пенсію тощо).

Кожна людина, в тому числі і дитина, може стати клієнтом медико-соціальних служб, якщо потрапляє в ситуацію чи обставини, які об'єктивно неможливо подолати власними силами (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, пережите насильство, зневажливе ставлення і негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо). За таких ситуацій вимоги перевищують звичний адаптивний потенціал, криють у собі або виклик, або загрозу їх життєдіяльності.

Особливою категорією клієнтів медичних і соціальних служб є діти, які перенесли насильство. На жаль, кількість таких дітей постійно зростає, як у нас, так і в зарубіжних країнах [2-4]. Саме на них ми зосередили основну увагу у нашому дослідженні. Виявлено, що сьогодні значна частина дітей і підлітків є жертвами різних видів насильства, іноді – кількох видів одночасно.

Це, насамперед, фізичне насильство – навмисно нанесені дитині батьками, чи іншими особами, фізичні пошкодження, які можуть викликати розлади як фізичного, так і психічного здоров'я, привести до відставання в розвитку. Можливими ознаками цього є: множинні ушкодження специфічного характеру (сліди від побитів ремінем, сигаретні опіки, крововиливи в очне яблуко, вибиті зуби і т.п.); ознаки незадовільного догляду за дитиною (гігієнічна занедбаність, висипки; пасивна реакція на біль; страх перед відвідинками батьків у відвідні або на канікулах; надмірна поступливість; бажан-

ня приховати причину травм; негативізм, агресивність; псевдодоросла поведінка та ін.

Сексуальне насильство – усвідомлене або неусвідомлене втягнення в сексуальні дії з дорослими. До сексуального насильства відносяться сексуальні дії, якщо вони здійснюються із застосуванням сили або погроз. Згода дитини на сексуальний контакт не дає підстави вважати його ненасильницьким, оскільки дитина не володіє достатньою свободою волі, вона перебуває в залежності від дорослого і, крім того, не може повністю передбачати наслідки сексуальних дій. Можливими ознаками сексуального насильства є: хвороби, які передаються статевим шляхом; різкі зміни у вазі тіла; замкнутість; страх; зміни ролі поведінки; регресивна поведінка; намагання повністю закрити тіло одягом, навіть, якщо в цьому нема необхідності; нічні жахи; невластива даному віку сексуальна поведінка; безпричинні нервово-психічні розлади, депресія.

Психічне (емоційне) насильство – тривалий, постійний або періодичний вплив, який приводить до формування у дитини патологічних властивостей характеру або до інших порушень у розвитку особистості. До цієї форми насильства відносяться: неприховане неприйняття дитини, постійна критика її дій, яка проявляється в словесній формі, без фізичного насильства, пред'явлення занадто високих вимог до дитини, її фізична чи соціальна ізоляція, постійне невиконання дорослими обіцянок, даних дитині і т.п. Можливими ознаками цього є: затримка психічного і фізичного розвитку, наявність різних соматичних захворювань (ожиріння або, частіше, навпаки, різка втрата маси тіла, хвороби шлунка, алергії). Нервові посіпування, енурез, порушення апетиту; тривожність, порушення сну, замкнутість, низька самооцінка, агресивність, депресія.

Моральна жорстокість – відсутність з боку батьків, чи осіб, які їх замінюють, елементарної турботи про дитину, в результаті чого порушується її емоційний стан і з'являється загроза для здоров'я і розвитку. Незадоволення основних потреб дитини може включати: відсутність нормального житла, одягу, їжі, освіти (батьки не звертають увагу чи відвідує дитина школу), медичної допомоги (батьки не звертаються до лікаря у випадку захворювання дитини); відсутність належної уваги і турботи, в результаті чого дитина може стати жертвою нещасного випадку, бути втягнутою в злочинні дії, вживати алкоголь, наркотики. При цьому відзначимо, що в окремих випадках нестача уваги до дитини може бути зумовлена не злим умислом батьків, а бути наслідком їх низького культурного рівня, бідності, неосвіченості. Можливими ознаками моральної жорстокості є: відставання у фізичному розвитку; затримка мовленнєвого розвитку, низька маса тіла, яка не відповідає віковій дитини; часті випадки травматизму; часті хронічні та інфекційні захворювання; санітарно-гігієнічна занедбаність; втомлений, сонливий вигляд; постійний голод; намагання будь-що звернути на себе увагу дорослих; апатія, пасивність; агресивність; невміння контактувати, дружити з ровесниками; регресивна поведінка; дефіцит знань.

Аналіз наукової літератури і власний досвід роботи засвідчує, що найчастіше мають місце випадки моральної жорстокості (близько 75 %), психічного насильства (близько 60 %), фізичного насильства (близько 55 %), сексуального (близько 10 %). Разом з тим відзначимо, що далеко не всі випадки насильства щодо дитини ста-

ють відомими. Крім того, важко визначити точно, якому виду насильства піддавалася дитина, бо часто мають місце кілька видів насильства по відношенню до дитини, наприклад, моральна жорстокість і фізичне насильство і т.п. [5; 6].

В результаті перенесеного насильства, минулих стресових ситуацій у дітей часто виникають стресові стани. Стресові ситуації, як правило, негативно впливають на нормальне функціонування всього організму. Сила переживання індивідом стресових ситуацій залежить від того, як події і обставини ним сприймаються та інтерпретуються. Діти не здатні регулювати силу переживань. Переживання стресових ситуацій залишає значний слід в психіці дитини, і чим вона менша, тим сильнішими можуть виявитися наслідки переживань.

Безперечно, такі діти потребують комплексної медико-соціальної допомоги. Майбутні фахівці соціальної роботи повинні бути готові до роботи з дітьми – жертвами насильства, яка передбачає використання медико-соціальних технологій у професійній діяльності.

Під технологією медико-соціальної роботи розуміємо сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров'я людини через інститути медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо.

Нами визначено критерії готовності майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи з дітьми – жертвами насильства: когнітивний, мотиваційно-оціночний, технологічний, суб'єктивний. Когнітивний критерій характеризується наявністю знань щодо видів насильства та ознак їх прояву у дітей, а також знань технологій медико-соціальної роботи з дітьми, які перенесли насильство. Мотиваційно-оціночний критерій передбачає прояв інтересу майбутніх фахівців соціальної роботи до проблеми дітей – жертв насильства, співчуття, бажання допомогти їм. Технологічний критерій – проєктивні, організаційні, комунікативні вміння, вміння використання технологій медико-соціальної роботи. Суб'єктивний критерій – здатність встановлювати партнерські зв'язки у професійній діяльності, активізувати потенційні індивідуальні ресурси об'єкта соціальної роботи, організувати ефективну медико-соціальну роботу з дітьми – жертвами насильства, враховуючи їх індивідуальні психологічні характеристики. Відповідно, виокремлено три рівні готовності: високий, середній, низький.

Готовність майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи формується в процесі теоретичної підготовки (курси: «Загальна і вікова психологія», «Соціальна психологія», «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота з різними категоріями клієнтів», «соціальна робота з неповнолітніми з девіантною поведінкою», «Соціальна робота з молоддю», «Соціальна медицина» та ін.), практики в соціальних закладах, які працюють з дітьми та під час професійно спрямованої поза аудиторної роботи.

Висновки. Медико-соціальна робота з різними категоріями населення набуває поширення в Україні, вдосконалюється її технологія. Оскільки останнім часом постійно зростає кількість дітей – жертв насильства, доцільно більше уваги звернути на забезпечення медико-соціальної роботи і професійну підготовку фахівців, зокрема соціальних працівників, саме з цієї категорією.

Список використаної літератури

1. Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы / А.В.Марыненко. – М.: Издательство Московской гуманитарно-социальной академии, 2002. – 180 с.
2. Рычкова Н.А. Дезадаптированное поведение детей: Диагностика, коррекция, психопрофилактика / Н.А.Рычкова. – М.: Академия. – 2000. – 232 с.

3. Stainton R. Child Abuse and Neglect / R.Stainton. – London: Batsford, 1992. – 181p.
4. Madge N. Families at Risk / N.Madge. – London: Heinemann, 1993. – 130 p.
5. Олифиренко Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска /Л.Я.Олифиренко. – М.: Академия, 2002. – 256 с.
6. Козубовська І.В. Соціально-превентивна робота з важковиховуваними дітьми молодшого шкільного віку в інтернатних закладах: [монографія] / І.В.Козубовська, О.В.Дорогіна. – Ужгород: УжНУ, 2003. – 255с.

Стаття надійшла до редакції 23.04.2017 р.
Рецензент: докт. пед. наук, проф.Козубовська І.В.

Булєза Богдана

врач-аллерголог Закарпатської обласної клінічної лікарниці
г.Ужгород, Україна

ГОТОВНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ - ЖЕРТВАМИ НАСИЛИЯ

В статье рассматриваются вопросы медико-социальной работы с детьми, которые являются жертвами насилия. Проанализированы разные виды насилия (моральное, физическое, сексуальное) и их проявления в поведении детей. Обоснована необходимость проведения медико-социальной работы с такими детьми. Предложено определение медико-социальной работы. Раскрыта сущность готовности специалистов к проведению медико-социальной работы с детьми – жертвами насилия.

Ключевые слова: дети-жертвы насилия, медико-социальная работа, готовность, критерии готовности, социальные работники.

Buleza Bohdana

Physician-allergist of Transcarpathian Regional Clinical Hospital, Uzhhorod, Ukraine

READINESS OF SOCIAL WORKERS FOR MEDICAL-SOCIAL WORK WITH CHILDREN – VICTIMS OF VIOLENCE

In this article the questions of medical-social work with different categories of population are discussed. Special attention is paid to the children – victims of violence. The main forms of violence are considered.

The criteria of readiness of future social work professionals for medical and social work are defined. Cognitive criterion: the presence of knowledge of the variations in behavior and the causes that lead to these deviations in the case of children –victims of violence, knowledge of the processes of prevention, forms and methods of social and medical work with children. Value-motivational criterion: interest in the problems of children – victim of violence, need for activities with such children, based on sympathy, desire to help. Technological criterion: projective, structural, organizational, communication, gnostic skills. Subjective criterion: the ability to establish partnerships, enhance personal available potential resources of the object of social work, the ability to organize social and medical work , taking into account individual psychological characteristics of children who are the objects of work. Thus, the levels of readiness of future social workers to medical and social work with children–victims of violence may be defined as high, average and low.

Key words: children – victims of violence, medical-social work, readiness, criteria of readiness, social workers.