

СЕКЦІЯ 5
СОЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА

УДК 364–78:355.08

**ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Бриндіков Ю.Л., к. психол. н., доцент,
доцент кафедри соціальної роботи і соціальної педагогіки
Хмельницький національний університет

У статті проаналізовано досвід реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій закордонних країн – Ізраїлю, Латвії, Чехословаччини, Великобританії, Голландії, Бельгії, Ірландії, Німеччини й інших країн. Наведено приклади організаційних заходів для створення Міжнародної системи реабілітації. Встановлено, що найбільш прогресивною є система реабілітації комбатантів у Сполучених Штатах Америки. Представлено потенціал спеціалізованих лікувальних закладів, реабілітаційних центрів, шкіл реабілітації в проведенні реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Ключові слова: реабілітація, військовослужбовці – учасники бойових дій, комбатанти, зарубіжний досвід.

В статье проанализирован опыт реабилитации военнослужащих – участников боевых действий зарубежных стран – Израиля, Латвии, Чехословакии, Великобритании, Голландии, Бельгии, Ирландии, Германии и других стран. Приведены примеры организационных мероприятий для создания Международной системы реабилитации. Установлено, что наиболее прогрессивной является система реабилитации комбатантов в Соединённых Штатах Америки. Представлен потенциал специализированных лечебных учреждений, реабилитационных центров, школ реабилитации в проведении реабилитации военнослужащих участников боевых действий.

Ключевые слова: реабилитация, военнослужащие – участники боевых действий, комбатанты, зарубежный опыт.

Bryndikov Yu.L. FOREIGN EXPERIENCE OF REHABILITATING MILITARY PERSONNEL OF COMBAT OPERATIONS

It is analyzed in the article the experience of rehabilitating servicemen the combatants in foreign countries – Israel, Latvia, Czech Republic, Great Britain, Holland, Belgium, Ireland, Germany and other countries. There are provided examples of organizational measures for the establishment of the International Rehabilitation System. It is established that the most progressive system is the United States system of the combatants' rehabilitation. It is presented the potential of specialized medical institutions, rehabilitation centers, rehabilitation schools in carrying out rehabilitation of the servicemen the combatants.

Key words: rehabilitation, servicemen combatants, combatants, foreign experience.

Постановка проблеми. В умовах антитерористичної операції (далі – АТО) на військовослужбовців – учасників бойових дій інтенсивно впливають різноманітні стресогенні чинники, що спричиняють появу деструктивних емоційних станів – стресів, посттравматичних стресових розладів (далі – ПТСР), бойових психічних травм (далі – БПТ), депресій тощо. Медики [5] наголошують на тому, що сьогодні важко уявити кількісні показники економічних затрат, необхідних для відновлення здоров'я комбатантів, їхньої соціальної та професійної реадаптації. Це пов'язано, по-перше, з тим, що досить важко визначити точну кількість військовослужбовців, які отримали ПТСР або БПТ і потребують реабілітації. По-друге, відсутня єдина концепція

загальнодержавної системи реабілітаційних заходів, яка могла б ефективно діяти в складних соціально-економічних умовах сьогодення.

Позитивні результати можна отримати лише за умов організації єдиної міжвідомчої системи комплексної реабілітації на підставі уніфікованої програми соціально-медико-психологічної реабілітації із залученням команди фахівців (реабілітологів, соціальних працівників, психологів, психіатрів, психофізіологів, психотерапевтів). На жаль, в Україні досить обмежена кількість відповідних фахівців із досвідом надання допомоги і проведення комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Саме тому ми пропонуємо розглянути закордонний досвід реабілітації



означеної категорії, оскільки він є цінним і перевіреним на практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Зазначимо, що загальні підходи до реабілітації представлені в роботах Т. Добровольської, І. Мисули, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та інших. Встановлено, що закордонний досвід організації і здійснення реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій вивчали закордонні дослідники (Н. Алаликіна, В. Веткіна, С. Воронцов, А. Денисов, Б. Циганков та інші).

Незважаючи на збільшення кількості праць, присвячених проблемі реабілітації військовослужбовців, все ще відзначається її недостатня розробленість з погляду вивчення закордонного досвіду, який би допоміг ефективніше її здійснювати в Україні.

Постановка завдання. Мета статті – проаналізувати закордонний досвід реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для більш ґрунтовного вивчення досвіду здійснення реабілітаційної діяльності за кордоном наведемо фактичні дані. Так, Перше засідання Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) з реабілітації відбулося 1958 р. На ньому були сформульовані загальні принципи реабілітаційної науки, запропоновано рекомендації щодо подальших досліджень у цій галузі [4]. Того ж року була створена Міжнародна система організації реабілітації, 1960 р. – Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів, яке є членом ВООЗ і співпрацює з Організацією Об'єднаних Націй, ЮНЕСКО та Міжнародним робочим бюро (далі – МРБ) [1]. Варто також відзначити семінар Міжнародного товариства з реабілітації в Стокгольмі (1964 р.), перший Європейський колоквиум з реабілітації в Бельгії (1965 р.), X Світовий Конгрес Міжнародного товариства з реабілітації непрацездатних у Вісбадені (1966 р.), міжнародний семінар у Великобританії, присвячений проблемам реабілітації у світі (1968 р.). Для нашого дослідження цікавими є матеріали другого засідання Комітету експертів ВООЗ із питань реабілітації, що відбулося в листопаді 1968 р. [4].

Аналіз закордонного досвіду проведення реабілітаційних заходів дозволяє переконатися, що організація соціальної реабілітації учасників локальних збройних конфліктів у Сполучених Штатах Америки (далі – США) сьогодні є найбільш прогресивною, що дає можливість суттєво зменшити чисельність осіб, які страждають розладами психіки, що є одним із шляхів вирішення проблем соціальної реабілітації. Для розроблення

психофізіологічних технологій виділяють значні кошти: ще 1964 р. адмірал Х. Риквер успішно обґрунтував перед фінансовою комісією сенату США виділення 5 млрд. доларів для психофізіологічної оптимізації діяльності військовослужбовців однією фразою: «Щоб мої невтомлені матроси зустрічали втомленого ворога» [12]. Відповідні психофізіологічні служби є також в арміях Великої Британії, Німеччини, Франції, Японії, Бельгії та багатьох інших країн [5].

Цікавий для нашого дослідження є досвід надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям із проявами БСР і бойового стомлення (далі – БС) (combat (battle) fatigue), яка передбачає поетапну систему. Перший етап зосереджений на наданні допомоги на місці, враховуючи принципи негайності і наближеності. Додатково перший ешелон може включати підтримку та реабілітацію потерпілих, які звернулися по команді. Якщо заходи на першому етапі виявилися недостатніми, постраждалого відправляють через сортувальний пункт на другий етап, представлений Центром управління бойовим стресом (Battle stress management center), в якому працює спеціально підготовлений персонал психіатричного профілю. Зазвичай він розташований на деякій відстані від лінії фронту (приблизно в 2–4-х милях), у безпечній зоні. На цьому етапі за результатами скринінгового обстеження відбираються військові з ознаками БС і БСР. Прикладом організації роботи такого лікувального закладу може бути 528 Центр бойового стресу (Combat Stress Center) армії США, організований під час ведення бойових дій у Перській затоці. У ньому протягом 6 місяців працював персонал у складі 38 чоловік, які оглянули і надали допомогу 514 пацієнтам. Всього у війні в Перській затоці взяли участь приблизно 650 000 солдатів і офіцерів США. На випадок загострення конфлікту і різкого збільшення потоку постраждалих передбачена система посилення персоналу Центрів кадрами досвідчених психіатрів із тилкових районів [8].

У наш час в армії США активно діють 160 тисяч психологів і реабілітологів, розподілених по військовим підрозділам аж до самих передових позицій. Кожен із них має під своєю опікою від 12 до 16 осіб, причому не тільки солдатів, а й обслуговуючий персонал. Психологи і реабілітологи орієнтовані на надання консультативної та первинної навчально-психологічної допомоги [4]. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах [10].



Попередня оцінка і самооцінка психологічного стану солдата, офіцера і первинна допомога (порадою, бесідою, консультацією психолога, капелана – військового священника, командира) повинна проводитися одразу після бою на «післябойових оглядах». В ідеалі, це допомагає військовослужбовцю розібратися у своїх переживаннях, настроях, зібратися з думками, проаналізувати, що сталося під час бою і після нього. Якщо цього не зробити і не спостерігати за військовослужбовцями, то в них почнуться психічні зрушення, зміниться особистість [4]. У США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, перебувають на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках [3]. Встановлено, що у 1970 р. групою американських психотерапевтів були організовані так звані «rap»-групи спілкування ветеранів з організації «В'єтнамські ветерани проти війни», з метою надання допомоги в подоланні психологічних наслідків війни і осмислення свого військового досвіду. Довірча атмосфера, взаємна емоційна підтримка, неформальний характер груп сприяли ефективності психологічної допомоги ветеранам [14].

З'ясовано, що для вивчення потреби в реабілітації в 1976 р. комісією сенату Конгресу США проведено соціологічне дослідження ветеранів В'єтнамської війни (1 376 осіб), які проживають в одному з районів Нью-Йорка, метою якого було створення моделі регіональної служби реабілітації у великому місті. Як показало дослідження, реабілітацію можна здійснювати як у відділеннях реабілітації, організованих у великих лікарнях загального профілю так і в спеціально створених Центрах соціальної реабілітації [7, с. 128].

Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де найбільшою мірою досліджена проблема ПТСР, здійснюється лікування хворих за допомогою препаратів і психотерапевтичних процедур [9]. Фармакотерапію поєднують із рефреймінгом – символічним переробленням негативного досвіду, що підтримують катартичними методами, груповою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, роз'ясненням соціально-психологічних наслідків ПТСР. У Центрі за 5 років після війни в Затоці пройшли успішну реабілітацію 632 пацієнта. До таких центрів потрапляють лише особи з вираженою симптоматикою. Згідно зі статистикою, з 4 500 військовослужбовців армії США в 30% військовослужбовців, які були учасниками бойових дій, і в 15% військовослужбовців, які виконували допоміжні функції, були встановлені ознаки стресових

реакцій (ворожість, тривожність, депресія, obsесивно-компульсивна поведінка) [8].

Можемо констатувати, що, крім США, досить багатий досвід лікування бойових психічних травм має армія Ізраїлю, в якій ще під час війни з Ліваном у 1982 р. застосовували принципи надання допомоги постраждалим (BICEPS). Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (*Combat Fitness Retraining Unit*), персонал яких складався із психіатрів, соціальних працівників, клінічних психологів, інструкторів зі спорту і бойової підготовки. Важливою умовою є те, що лікар або психолог, які надають допомогу, повинні обов'язково мати бойовий досвід, що дасть змогу встановити більш довірчі відносини в процесі проведення терапії [13].

Дослідники наголошують, що використання принципів BICEPS під час надання допомоги постраждалим із проявами БСР дає змогу повернути до служби майже 85% особового складу. З них приблизно у 7% можна очікувати повторні реакції. В армії Ізраїлю під час війни в Лівані використовували три принципи з шести (близькість, неповільність, очікуваність). Порівняння підрозділів, в яких таких принципів дотримувалися, показало, що приблизно 60% військових змогли повернутися до виконання професійних обов'язків, на противагу 22% там, де цих принципів не дотримувалися. Крім того, частота розвитку ПТСР виявилася нижче на 30%. Показовими щодо зазначеного є порівняльні дані поширеності ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни (15,2% після 15 років) і операції в Перській затоці (5% після 2 років) [15].

У країнах Заходу «реабілітація» передбачає комплекс заходів, пов'язаних із відновленням здоров'я хворої людини або «соціального здоров'я» індивіда, і поверненням його до громадської та професійної діяльності. Водночас дуже важливим є положення про безперервність реабілітації: медична – повинна починатися в процесі лікування, а професійна – одразу після її закінчення [4].

Встановлено, що система реабілітації Латвії організована на базі Національного реабілітаційного центру «Вайварі», Спілки латвійських лікарів, Медичної академії та Спілки латвійських реабілітологів. У 2000 р. в Латвійській медичній академії був створений факультет реабілітації, що складався з таких структурних одиниць: кафедри реабілітації (навчання студентів медичного факультету основам реабілітології); академічної школи фізіотерапії (чотирирічне навчання студентів-фізіотерапевтів); академічної школи



ерготерапії (чотирирічне навчання студентів-ерготерапевтів); резидентури з реабілітації (трирічне післядипломне навчання для лікарів) і курсів підвищення кваліфікації з різних спеціальностей реабілітації [4]. Створена програма навчання із цих спеціальностей, що відповідає вимогам розвинутих європейських країн. Окрім того, у країні діє Спілка реабілітологів, яка об'єднує лікарів-реабітологів, психологів, соціальних працівників, педагогів та інших фахівців. Мета роботи Спілки – підвищення їхньої кваліфікації, сертифікація і співпраця з фахівцями інших країн [4].

У Великобританії існує положення про впровадження елементів реабілітації в діяльність усіх лікарень. Бажаним є створення відділень реабілітації при кожній лікарні, що містять гімнастичні зали, басейн для занять, фізіотерапевтичний кабінет і кабінет трудової терапії. Внаслідок цього кількість спеціальних центрів реабілітації обмежена, вони призначені тільки для інвалідів, які отримали дуже важкі травми, лікування яких вимагає тривалої реабілітації. Британські Центри реабілітації можна розділити на дві групи – це медичні установи, що займаються комплексною спеціалізованою реабілітацією в разі захворювань, і змішані центри післялікарняної реабілітації [4].

У Голландії та Бельгії відділення реабілітації не розглядається як звичайне відділення стаціонару. Його специфіка визначається завданням самої активної часті клієнта в процесі реабілітації. Однією з умов ефективної роботи центру реабілітації є створення такої моральної атмосфери, коли за цілковитого дотримання всіх медичних норм і правил, інтенсивного лікування, обстановка в Центрі відрізняється від лікарняної [4].

В Ірландії, як зазначають науковці [4; 2], у районах із великою щільністю населення створені денні амбулаторні центри реабілітації, вони є по суті денними лікарнями. Це вигідно з економічного погляду, оскільки організаційно лікарні, будинки з догляду й інші установи реабілітації об'єднують у великі комплекси. Негативним моментом за такої організації реабілітації є складність забезпечення індивідуальних потреб хворого, що потребує відновлювального лікування.

У процесі вивчення дослідження А. Денісова [4] встановлено, що в Німеччині забезпечення заходів із підтримки, поліпшення і відновлення працездатності здійснюють, здебільшого, представники пенсійного страхування робітників і службовців. У сфері соціально-професійної реабілітації монопольне місце належить федеральному

відомству з питань страхування і працевлаштування безробітних. Питаннями фінансування заходів із реабілітації займаються виключно органи соціального страхування на місцях. Німецькі реабілітаційні центри, залежно від пріоритету медичної або соціальної реабілітації, передбачають два рівня. Реабілітаційні центри першого рівня практично є реабілітаційною клінікою, де переважає медична реабілітація. Однак у таких центрах є майстерні, зали для навчання роботи на комп'ютерах, кухні, де клієнти отримують елементи соціально-побутової та професійної реабілітації. Ці центри, здебільшого, є спеціалізованими за профілем патології: психологічні, неврологічні тощо. До структури такого центру можуть входити підрозділи, що займаються питаннями соціальної реабілітації, наприклад, відділ професійної реабілітації, завданням якого є надання професійних умінь і навичок реабілітантам за певними спеціальностями: програмування, електротехніка, креслення, торгові професії, домоведення і соціальна служба, працівники якої допомагають організувати дозвілля клієнтам Центру, відповідають за їхню адаптацію в суспільстві після виписки, навчають робити покупки, вести господарство тощо. Як приклад типового реабілітаційного центру другого рівня можна розглянути один із найбільш відомих реабілітаційних центрів у Німеччині – у місті Гарміш-Пархенкірхене. У середньому Центр одночасно обслуговує майже 500 клієнтів (як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, які проживають в пансіонаті і приїжджають із навколишніх земель).

У контексті нашого дослідження корисним є досвід колективу 6-го Центрального військового клінічного госпіталю (далі – ЦВКГ) – найбільшого в Росії і у світі багатопрофільного реабілітаційного центру, який займається лікуванням наслідків ПТСР. Роботу щодо організації та проведення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які зазнали важких поранень і каліцтв під час виконання службових обов'язків, почали проводити одразу після його відкриття в 1990 р., коли до шпиталю надійшли для реабілітації учасники бойових дій в Афганістані. Саме тоді сформувався концепція перспективного розвитку шпиталю як Всеармійського реабілітаційного центру. До січня 1995 р. понад 600 учасників бойових дій в Афганістані пройшли соціально-психологічну реабілітацію в стінах шпиталю. За період з 1995 по 1998 рр. у шпиталі завдяки проведенню реабілітаційних заходів відновили здоров'я і соціально-психологічний статус 457 поранених бійців [6].



У Білорусі після ухвалення законів «Про соціальний захист інвалідів у Республіці Білорусь» (1991 р.) і «Про запобігання інвалідності й реабілітації інвалідів у Республіці Білорусь» (1994 р.) розвиток реабілітації дістав нового поштовху. У цих нормативних актах реабілітація представлена як гарантоване законом право інвалідів і хворих на медичну допомогу. Відповідно до цього, реабілітація стала одним із пріоритетних напрямів у системі здоров'язбереження. Для розвитку служби реабілітації в номенклатурі лікарських спеціальностей була введена нова спеціальність – «реабітолог» і розроблені кваліфіковані вимоги до лікарів цієї спеціальності [4, с. 42]. У країні розроблено організаційно-структурну модель комплексної реабілітації у вигляді багаторівневої системи (кабінети реабілітації, профільні, спеціалізовані, змішані центри реабілітації, державні науково-виробничі реабілітаційні комплекси) [11]. Реабілітація як державна система в Білорусі отримала достатню підтримку, вона допомагає вирішувати економічні проблеми завдяки розширенню зайнятості потребуючого контингенту, його економічної самостійності, зменшення податкового тиску завдяки скороченню людей, які потребують соціальної допомоги, опіки, постійного догляду [4, с. 44].

У контексті нашого дослідження хотілося б зупинитися на досвіді Узбекистану, де для вирішення проблем соціальної реабілітації інвалідів і учасників Афганської війни з 1991 р. була створена правова й нормативна база. Зокрема, йдеться про закони Республіки Узбекистан «Про соціальну захищеність інвалідів у Республіці Узбекистан» і «Про охорону здоров'я громадян», постанову Кабінету Міністрів Республіки «Про державну програму Республіки Узбекистан щодо реабілітації на 1996–2000 рр.», окремі укази президента Республіки І. Каримова. Названа нормативно-законодавча база передбачає постановку конкретних цілей і завдань перед міністерствами, відомствами, громадськими організаціями про створення відновлювальних центрів, що займаються діагностикою, реабілітацією і рекомендаціями щодо трудової діяльності. За результатами медико-соціальної експертизи, залежно від виду та перебігу хвороби та її прогнозу, лікарсько-трудова експертні комісії Міністерства соціального забезпечення Республіки Узбекистан визначають групу інвалідності людини, і з цього дня вона починає отримувати пенсію і користуватися встановленими пільгами, тобто починається часткова реалізація соціальної реабілітації інваліда. Потім для інваліда складається індивідуальна програ-

ма реабілітації, що передбачає медичний і професійний види діяльності. На жаль, говорити про високі показники медико-соціальної реабілітації інвалідів в Узбекистані не можна, це пов'язано з досить низькими показниками повної медичної реабілітації [4, с. 47–48].

Висновки із проведеного дослідження. Проведений аналіз дав змогу виокремити потенціал і можливості реабілітаційних заходів, що проводяться за кордоном, що в майбутньому допоможе ефективніше організувати власну систему комплексної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Надалі наша увага буде зосереджена на аналізі реабілітації військовослужбовців, учасників АТО на території України.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Алалыкина Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих : дисс. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.13 «Психология развития, акмеология» / Н. Алалыкина ; Российская академия государственной службы при Президенте Российской Федерации. – М. : РГБ, 2003. – 200 с.
2. Глушко А. Психологические основы психогигиены и психопрофилактики / А. Глушко // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319. – № 1. – С. 63–70.
3. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии / Т. Грининг // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 88–102.
4. Денисов А. Социальная реабилитация российских военнослужащих –участников вооруженных конфликтов : дисс. ... канд. социол. наук : спец. 22.00.04 «Социальная структура; социальные институты и процессы» / А. Денисов ; Южно-Российский государственный технический университет (Новочеркасский политехнический институт). – Новочеркасск : РГБ, 2006. – 171 с.
5. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5–16.
6. Иванов А. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях / А. Иванов, Н. Жуматий // Развитие личности. – 2004. – № 4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://rl-online.ru/articles/4-03/228.html>
7. Каменков К. Международные общества, занимающиеся вопросами реабилитации больных и инвалидов / К. Каменков, И. Федорова. – М., 1994. – С. 128.
8. Караяни А. Психологическая реабилитация участников боевых действий / А. Караяни ; под ред. А. Караяни, М. Полянского. – М., 2003. – 80 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://psiwar.narod.ru/lit/kara_3.htm#_ednref35
9. Маклаков А. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А. Маклаков, С. Чермянин, Е. Шустов // Психологический журнал. – 1998. – № 2. – С. 15–26.



12. Новиков В. Психофизиологическая основа боевой деятельности военнослужащих / В. Новиков // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 13.

13. Якушкин Н. Психологическая помощь воинам «афганцам» в Реабилитационном центре Республики Беларусь / Н. Якушкин // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 5. – С. 102–105.

14. Green B. Conceptualizing post-traumatic stress disorder: a psychosocial framework / B. Green, G. Wilon, J. Lindy // Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. Figley. – New York : Brunner / Mazel, 1985. – P. 53–72.

15. Hall D. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy / D. Hall // Military Medicine. – 1996. – № 3. – P. 159–162.

16. Lifton R. Advocacy and Corruption in the Healing Profession II Stress Disorders Among Vietnam Veterans II Ed. by C. R. Figley / R. Lifton– 1978. – № V.

17. Margalit Ch. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach / Ch. Margalit, S. Rabinovich, T. Erion, Z. Solomon, J. Ribak // Military Medicine. – 1994. – № 5. – P. 415–418.

УДК 364-43:17

ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

Моргай Л.А., викладач кафедри
соціальної педагогіки та соціальної роботи

Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини

У статті проаналізовано засадничі принципи професійної діяльності, особисті якості та етичні норми соціального працівника, проаналізовано категорії етики спілкування, необхідні для професійної діяльності соціального працівника.

Ключові слова: етика, професійна етика, етика соціальної роботи, соціальний працівник, чесність, совість, об'єктивність, тактовність, оптимізм, комунікабельність.

В статье проанализированы основные принципы профессиональной деятельности, личные качества и этические нормы социального работника, проанализированы категории этики общения, необходимые для профессиональной деятельности социального работника.

Ключевые слова: этика, профессиональная этика, этика социальной работы, социальный работник, честность, совесть, объективность, тактичность, оптимизм, коммунибельность.

Morgay L.A. PROFESSIONALLY-ETHICALLY DIALOGNIZATION OF SOCIAL PRACTICE

The article analyzes the basic principles of professional activity, personal qualities and ethical norms of a social worker, analyzes the categories of ethics of communication necessary for the professional activity of a social worker. Professional formation of a specialist in social work - a holistic and continuous process of development of practical, educational and research activities of the individual in the social sphere, focused on the formation of professional knowledge, skills, skills.

Key words: ethics, professional ethics, ethics of social work, social worker, honesty, conscience, objectivity, tact, optimism, sociability.

Постановка проблеми. Особистість соціального працівника має величезне значення в процесі професійної діяльності і реалізації соціально-значущих гуманістичних цінностей. Від ціннісної зорієнтованості особистості, її етичних переконань і потреб залежить не тільки ефективність діяльності, здійснюваної в рамках взаємодії з конкретним клієнтом, а й благополуччя суспільства в цілому, темпи, якість та спрямованість соціального прогресу.

Професійне становлення фахівця із соціальної роботи – цілісний і безперервний процес розвитку практичної, освітньої, й дослідницької діяльності особистості у соціальній сфері, орієнтований на фор-

мування професійних знань, умінь, навичок [10].

Вагомий внесок у вивчення та формування професійної етики соціального працівника зробили у своїх працях такі вчені, як: М. Бахтін [1], Г. Беякова [2], Г. Медведєва [7; 8; 9], М. Тофтул [12; 5], С. Терський [3].

Постановка завдання. Метою статті є виявлення етичних принципів та особистісних якостей, необхідних для успішної професійної діяльності соціального працівника.

Виклад основного матеріалу. Етика – це наука, що вивчає мораль, норми поведінки, сукупність моральних правил певної суспільної чи професійної групи. Етика