

права на рівні з чоловіком, а в Таджикистані жінка залежить у великій мірі від чоловіка. Сім'я – це той фундамент, де дитина засвоює уявлення про добро і зло, де засвоюються перші життєві цінності. Батьки стають взірцями від яких залежить формування поведінки нового члена суспільства. Також важливо зазначити, що держава має великий вплив на сім'ю, оскільки вона закріплює гарантії для належного виховання дитини та забезпечення її прав. Держава створює сприятливі умови для нормального розвитку і функціонування сім'ї.

Список використаних джерел

1. Сімейний кодекс України Верховна Рада України; Кодекс України, Кодекс, Закон від 10.01.2002 № 2947-III <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2947-14> [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>
2. СЕМЕЙНЫЙ КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН (АМОРТ 1998г., №22, ст. 303; 2006 г., №4, ст. 196; 2008 г., №3, ст. 201; 2010 г, №7. ст. 546; РТ № от 25.03.2011 года Закон 710; Закон РТ от 26.12.11 г., №791) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tajlegalconsult5.wordpress.com>
3. Ершова Н.М. Развитие советского семейного права / СССР-Австрия: Проблемы гражданского и семейного права. – М. : Ин-т госуд. и права АН СССР. – 1983. – С. 154-166.
4. Рясенцев В.А. Советское семейное право. – М. : Юрид. лит. – 1982. – 256
5. «Чим чуже, тим миліше» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zib.com.ua/ua/121188u_tadzhikistani_zaboronili_shlyubi_mizh_rodichami.htm
6. «BBC: Многоженство в Таджикистане» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://tjknews.com/?p=4579>
7. Міньковський Г.М., Тузов А.П. Профілактика правопорушень серед неповнолітніх. – К : Політвидав України. – 1987. – 215 с.

Недобой С.Ю.

аспірант,

Науковий керівник: Королько В.Г.

доктор філософських наук, професор,

завідувач кафедри,

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

КОМУНІКАЦІЙНА СКЛАДОВА ЗАКЛАДІВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ: ПИТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ АНАЛІЗУ

Сучасний стан комунікаційної складової закладів відновного лікування в Україні потребує детального вивчення. По-перше, процес реформування системи охорони здоров'я в Україні не можливий без підвищення якості соціальної комунікації, уміння лікарів знаходити спільну мову з пацієнтами. По-друге важливою ланкою у лікуванні є налагодження діалогу між лікарем і пацієнтом. По-третє, комплексний підхід до вивчення комунікаційної складової закладів відновного лікування набуває вагомого значення в умовах військового протистояння на Сході України, в процесі фізичної та психологічної реабілітації військових, що повертаються із зони збройного конфлікту.

Вивчення професійної комунікації працівників закладів відновного лікування було проведено на основі вітчизняних нормативно-правових документів, новітніх проектів законів та робіт дослідників з означеної сфери. Після опрацювання відповідних джерел можна дійти висновку, що у вітчизняній науці поки що відсутній комплексний підхід до вивчення комунікаційної складової закладів відновного лікування в Україні. Звідси, мета нашого дослідження – з'ясувати сучасний стан методології вивчення та окреслити перспективи розвитку комунікаційної складової закладів відновного лікування в Україні.

О. Бур'янов, В. Кваша, Ю. Карнаух, О. Майко, зазначають, що: «Відновне лікування починають в стаціонарі і продовжують в амбулаторних та домашніх умовах. Особлива увага звертається не тільки на фізичний, але й емоційний стан. Зміна життєвої ситуації може викликати страх, тривогу, привести до розвитку депресії, тому важливо створити навколо хворого атмосферу психологічного комфорту» [5, с. 96]. Отже, як бачимо, першою специфічною рисою методології вивчення відновного лікування є те, що воно починається в медичному закладі, а потім продовжується вже в домашніх умовах. По-друге, таке лікування пов'язане не лише з фізичним, але й емоційним та соціальним відновленням. По-третє, як зазначає В. Крупа: «В реабілітації хворих пріоритет належить медичній реабілітації. Поруч з медичними працівниками активну участь беруть експерти, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, профспілок, підприємств» [1]. Крім того, важливі компоненти комунікаційного процесу у лікуванні виділяє Г. Риб: «Найважливішими компонентами в структурі професійної комунікації медичних працівників середньої ланки є суб'єкти комунікативного процесу (медсестри, лікарі, пацієнти), предмет комунікації (збереження здоров'я), потреба (здоров'я людини), завдання і дії (надання кваліфікованої допомоги для збереження здоров'я), засоби (вербальні та невербальні), зв'язок між суб'єктами комунікації (залежить від психологічних особливостей особистостей), продукт (здоров'я людини), середовище (лікувальна установа)» [4].

Також цілком зрозуміло, що існує безпосередній зв'язок між етичними нормами та правилами комунікації. Про це справедливо зазначає С. Поплавська: «Ефективність взаємодії медичного працівника із пацієнтом залежить від його уміння встановлювати контакт із хворою людиною, у процесі якого хворий переконується у можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою; від здатності створювати довірливий клімат, проявляючи щирість, створюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації» [2, с. 122].

З іншого боку, комунікативна складова відновних закладів не обмежується тільки взаємодією «лікар-пацієнт». Так, С. Поплавською визначено простір комунікативної взаємодії медичного працівника, що вміщує головні площини професійної комунікативної діяльності та проаналізовано специфіку обміну інформацією у таких напрямках як: «медичний працівник – пацієнти»,

«медичний працівник – лікар», «медичний працівник – колеги», «медичний працівник – родичі пацієнта» [3, с. 10].

У нашому дослідженні ми вважаємо, що виокремлення такого простору є об'єктивним та комплексним, особливо зважаючи на те, що велика кількість наукових праць робить наголос лише на тому чи іншому виді комунікацій. Так, наприклад, дослідники значно більше уваги приділяють вивченню проблем у взаємодії між лікарем та пацієнтом, проте особливості спілкування з родичами хворих залишаються поза увагою.

На основі проведеного дослідження можемо зробити такі висновки. По-перше, відновне лікування – це галузь у системі охорони здоров'я, ефективність якої вимірюється зниженням рівня інвалідності та зростаючою кількістю людей, які змогли після реабілітації повернутися до повноцінного життя у суспільстві. Говорячи про комунікаційну складову у відновних закладах, то їй притаманні риси комунікації між медичними працівниками у інших структурних підрозділах системи охорони здоров'я. Однак у досліджуваному нами напрямку надання медичної допомоги можемо визначити і ряд специфічних ознак. По-перше, реабілітаційна програма – перший крок у відновному лікуванні. Ефективність її складання та втілення на практиці визначається не лише професійними вміннями спеціалістів, але й вмінням налагодити контакт з пацієнтом. Саме комунікація між лікарем та пацієнтом лежить в основі формування у людини довіри до процесу відновлення та системи охорони здоров'я в цілому. По-друге, складена програма ще не гарантує ефективного результату. Тому комунікація та взаємодія між лікарем та пацієнтом повинні тривати від самого початку лікування і навіть після повернення людини у домашні умови. По-третє, у відновних закладах набуває вагомого значення явище «терапевтичного альянсу» – гнучкої системи взаємодії лікаря та пацієнта у процесі лікування. Важливим також є принцип «рівний-рівному», коли люди з інвалідністю, які вже мають досвід життя з обмеженими можливостями, допомагають у реабілітації іншим.

У цілому, сучасний стан комунікативної складової відновних закладів лікування свідчить про те, що вона функціонує на загальних засадах, що закладені у нормативно-правовій базі України, визначена нормами медичної деонтології та особливостями побудови діалогу між пацієнтом і лікарем. Одним з важливих етапів розвитку комунікативної складової відновних закладів пов'язаний зі зростаючою практичною роллю медсестри та інших спеціалістів (окрім лікаря) у процесі реабілітації. Перспективи подальших розвідок у даному напрямку зумовлені прогалинами у вивченні специфіки внутрішньої комунікації між лікарями у закладах відновного лікування, а також по лінії «лікар-родичі пацієнта».

Список використаних джерел:

1. Крупа В. В. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації / В. В. Крупа // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – 2013. – № 1. – С. 126-130. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2013_1_31

2. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого / С. Д. Поплавська. // «Комп'ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво». – 2013. – №11. – С. 121-127.

3. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «теорія і методика професійної освіти» / Поплавська Світлана Дмитрівна. – Житомир, 2009. – 22 с.

4. Риб Г. Г. Сутність поняття «професійна комунікація майбутніх медичних працівників середньої ланки» та її різновиди / Г. Г. Риб // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2013. – № 15. – С. 83-92. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2013_15_13

5. Сучасна система відновного лікування та реабілітації хворих на псоріатичний артрит / О. А. Бур'янов, В. П. Кваша, Ю. В. Карнаух, О. В. Майко. // Літопис травматології та ортопедії. – 2015. – №1. – С. 93-98.

Примачик А.Ю.

студентка,

*Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТТЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Дискримінація (від лат. *discrimination* – розрізнення) – навмисне обмеження або позбавлення прав певних категорій громадян за їхньою расовою або національною належністю, політичними або релігійними переконаннями, статтю тощо.

У статті 1 Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» термін «дискримінація» визначається таким чином: «ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними (далі – певні ознаки), зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами і свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними» [3, 5, ст. 8-9].

Вважається, що вперше термін «дискримінація» згадано 1640–1650 рр. У міжнародне право цей термін було введено дипломатичною практикою (хоча у французьких текстах міжнародних угод до певного часу використовувався переважно термін «відмінності»). Особливого поширення термін «дискримінація» набув після Першої світової війни в основному у мирних міжнародних договорах і договорах про захист національних меншин. У системі захисту прав людини ООН його стали активно застосовувати після проголошення Загальної декларації прав людини 1948 р. [6, ст. 15].