

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ДВНЗ «ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»**

**І. В. Кулик**

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА**  
**З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ**

*Навчальний посібник*

Івано-Франківськ  
«НАІР»  
2020

**УДК 364.044.4 (075.8)**

**ББК 74.58**

**К 90**

Рекомендовано до друку вченою Радою  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет  
імені Василя Стефаника»  
Протокол № 3 від 31 березня 2020 року

**Рецензенти:**

Поліщук В.А. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

Михайлишин Г.Й. – доктор філософських наук, професор кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника».

Кондур О.С. – доктор педагогічних наук, доцент, декан педагогічного факультету ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника».

**Кулик І.В.**

**К 90**

Соціальна робота з різними групами клієнтів: навчальний посібник. Івано-Франківськ: НАІР, 2020. 236с.

ISBN 978-966-2716-59-7

У навчальному посібнику висвітлюються актуальні питання соціальної роботи з різними групами клієнтів, основні методи та форми соціальної роботи із різними категоріями населення. Він включає опис та структуру навчальної дисципліни, теми практичних занять, завдання для самостійної роботи, індивідуальні навчально-дослідні завдання, тематику рефератів та наукових повідомлень, лекції, питання для контролю та самоконтролю до кожної лекції, матеріали до практичних занять, нормативно-правові документи, тестові завдання, термінологічний словник, список рекомендованої літератури, додатки.

Для викладачів і студентів спеціальності «Соціальна робота» при вивченні дисциплін «Соціальна робота з різними групами клієнтів» та «Соціальна робота в Україні», соціальних працівників та соціальних педагогів.

**УДК 364.044.4 (075.8)**

**ББК 74.58**

ISBN 978-966-2716-59-7

© Кулик І.В., 2020р.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>5</b>
Навчально-тематичний план курсу	6
Розподіл тем навчально-тематичного плану курсу за модулями	8
<b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1</b>	
<b>ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ</b>	<b>10</b>
Тема 1. Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	10
Тема 2. Особливості роботи з різними групами клієнтів	24
<b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2</b>	
<b>СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕЗАХИЩЕНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА З «ГРУПАМИ РИЗИКУ»</b>	<b>38</b>
Тема 3. Соціальна робота з допризовною молоддю, військово-службовцями та членами їхніх сімей	38
Тема 4. Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	48
Тема 5. Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	57
Тема 6. Соціальна робота з людьми похилого віку	66
Тема 7. Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю	79
Тема 8. Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	89
Тема 9. Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання	101
Тема 10. Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї	107
Тема 11. Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми»	123
<b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3</b>	
<b>СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СІМ'ЯМИ, ДІТЬМИ, МОЛОДДЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ЕКСТРЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ</b>	<b>129</b>
Тема 12. Соціальна робота з безробітними людьми	129
Тема 13. Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	142
Тема 14. Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими	149

<b>МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ»</b>	<b>157</b>
Навчальна програма дисципліни	157
1. Короткий опис навчальної дисципліни	157
2. Мета і завдання навчальної дисципліни	158
3. Зміст програми навчальної дисципліни	159
4. Структура розподілу навчального часу в процесі вивчення дисципліни	162
5. Плани семінарських занять	164
6. Самостійна робота	180
6.1. Завдання для самостійної роботи	180
7. Індивідуальне навчально-дослідне завдання	183
8. Тестові завдання	184
9. Програмові вимоги з навчальної дисципліни	199
10. Методи навчання	203
11. Метод оцінювання	203
12. Розподіл балів, які отримують студенти	203
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>205</b>
<b>КОРОТКИЙ ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК</b>	<b>219</b>
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ</b>	<b>228</b>

## ВСТУП

Сучасний етап розвитку соціальної роботи в Україні характеризується значними реформами, змінами як на рівні системи соціально-політичних відносин, так і на рівні окремих індивідів і груп. Такий стан речей вимагає від майбутніх соціальних працівників поінформованості щодо актуальної соціальної проблематики, основних напрямків та змісту соціальної політики, шляхів і форм соціальних впливів як на особистісному рівні, так і на рівні суспільства в цілому, а також щодо проблем професійного становлення фахівців соціальної сфери.

У процесі професійної підготовки соціальні працівники засвоюють певну сукупність знань та формують систему умінь і навичок із соціальної роботи. Однак, через значну динамічність розвитку цього виду діяльності та галузі знань, постійно виникають нові форми та методи дій, підходи до розуміння тих чи інших явищ і процесів, що зумовлює необхідність постійно бути в курсі регулювання соціальних відносин на всіх рівнях суспільного буття. У зв'язку із цим, навчальним планом підготовки фахівців із соціальної роботи передбачено вивчення навчальної дисципліни «Соціальна робота з різними групами клієнтів».

Курс «Соціальна робота з різними групами клієнтів» розрахований на 180 годин (6 кредитів), з них 120 год. – на самостійну роботу, 60 год. – на аудиторну роботу. Аудиторні години розподілені таким чином: 28 год. – лекційних, 32 год. – семінарських занять.

Прикінцева форма контролю – іспит.

Курс складається з трьох змістових модулів, які висвітлюють основні теоретико-методологічні та прикладні проблеми сучасної соціальної роботи з різними групами клієнтів. Кожен модуль передбачає виконання творчих завдань з окремих тем, роботу на семінарських заняттях, що проводяться по-різному, у тому числі й у формі дискусій, тренінгів, тестувань тощо.

Запропонований навчальний посібник «Соціальна робота з різними групами клієнтів» розроблений на підставі аналізу теоретичних, методичних матеріалів та практики соціальної роботи з різними категоріями клієнтів. У ньому висвітлюються актуальні питання соціальної роботи з різними групами клієнтів, основні методи та форми соціальної роботи із різними категоріями населення.

Видання розраховане, передусім, на студентів вищих навчальних закладів за спеціальністю «Соціальна робота», практичних соціальних працівників системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також буде корисним для волонтерів у сфері соціальної роботи.

**Навчально-тематичний план  
вивчення навчальної дисципліни  
«Соціальна робота з різними групами клієнтів»**

<b>№ з/п</b>	<b>Тематика лекційних, семінарських та практичних занять</b>	<b>К-сть год.</b>
<i><b>Лекції</b></i>		
1	Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	2 год.
2	Особливості роботи з різними групами клієнтів	2 год.
3	Соціальна робота з допризовною і призовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей	2 год.
4	Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	2 год.
5	Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	2 год.
6	Соціальна робота з людьми похилого віку	2 год.
7	Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю	2 год.
8	Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	2 год.
9	Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання	2 год.
10	Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї	2 год.
11	Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми»	2 год.
12	Соціальна робота з безробітними людьми	2 год.
13	Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	2 год.
14	Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими	2 год.
<i><b>Семінарські заняття</b></i>		
1	Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	2 год.
2	Особливості роботи з різними групами клієнтів	2 год.
3	Соціальна робота з допризовною і призовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей	2 год.
4	Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	2 год.
5	Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	2 год.
6	Соціальна робота з людьми похилого віку	2 год.
7	Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю	2 год.
8	Соціальна робота з особами, що займаються секс-бізнесом	2 год.
9	Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	2 год.

10	Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання	2 год.
11	Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї	2 год.
12	Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми»	2 год.
13	Соціальна робота з безробітними людьми	2 год.
14	Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	2 год.
15	Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими	2 год.
16	Соціальна робота з юними матерями, попередження відмов від новонароджених	2 год.
<b>Всього</b>		<b>60 год.</b>

**Розподіл за модулями тем навчально-тематичного плану  
навчальної дисципліни «Соціальна робота з різними групами клієнтів»**

<b>№ з/п</b>	<b>Тема</b>	<b>Форма навчання</b>
<b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1</b>		
<b>Теоретичні засади соціальної роботи з різними групами клієнтів</b>		
1	Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	Лекція
2	Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	Семінарське заняття
3	Особливості роботи з різними групами клієнтів	Лекція
4	Особливості роботи з різними групами клієнтів	Семінарське заняття
<b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2</b>		
<b>Соціальна робота із соціально незахищеними категоріями населення та з «групами ризику»</b>		
5	Соціальна робота з допризовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей	Лекція
6	Соціальна робота з допризовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей	Семінарське заняття
7	Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	Лекція
8	Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	Семінарське заняття
9	Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	Лекція
10	Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	Семінарське заняття
11	Соціальна робота з людьми похилого віку	Лекція
12	Соціальна робота з людьми похилого віку	Семінарське заняття
13	Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю	Лекція
14	Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю і перспективи її розвитку в Україні	Семінарське заняття
15	Соціальна робота з особами, що займаються секс-бізнесом	Семінарське заняття
16	Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	Лекція
17	Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	Семінарське заняття



18	Організація роботи з людьми без визначеного місця проживання	Лекція
19	Організація роботи з людьми без визначеного місця проживання	Семінарське заняття
20	Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї	Лекція
21	Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї	Семінарське заняття
22	Організація роботи з жертвами «оргівлі людьми»	Лекція
23	Організація роботи з жертвами «торгівлі людьми»	Семінарське заняття
<p align="center"><b>ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3</b></p> <p align="center"><b>Соціальна робота з сім'ями, дітьми, молоддю, що перебувають у складних життєвих ситуаціях та потребують екстреної соціальної допомоги</b></p>		
24	Соціальна робота з безробітними людьми	Лекція
25	Соціальна робота з безробітними людьми	Семінарське заняття
26	Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	Лекція
27	Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	Семінарське заняття
28	Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема невиліковно хворих	Лекція
29	Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими	Семінарське заняття
30	Соціальна робота з юними матерями, попередження відмов від новонароджених	Семінарське заняття

# ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ

### Тема 1. Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів

1. Соціально-демографічні проблеми суспільства.
2. Історичні аспекти становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів.
3. Характеристика категорій клієнтів соціальної роботи.
4. Орієнтація на потреби клієнта та його ресурси як провідний принцип соціально-педагогічної діяльності.

*Ключові поняття і терміни:*

- *проблема;*
- *демографічна проблема;*
- *соціально-демографічна структура;*
- *клієнт;*
- *клієнт соціальної роботи;*
- *потреба;*
- *ресурс;*
- *категорія клієнтів.*

#### 1. Соціально-демографічні проблеми суспільства.

**Демографічна проблема** – сукупність соціально-демографічних проблем сучасності, що зачіпають інтереси всього людства. Найважливіші **проблеми** народонаселення, які загрожують у крайній негативними наслідками: стрімке зростання населення, або демографічний вибух, у країнах, що розвиваються, і загроза депопуляції, або демографічна криза, в економічно розвинених країнах. До проблем народонаселення слід віднести також неконтрольовану урбанізацію в країнах, що розвиваються, кризу великих міст у деяких розвинених країнах, стихійну внутрішню й зовнішню міграцію, яка ускладнює політичні відносини між державами.

У соціальній структурі суспільства важливе місце належить соціально-демографічним «зрізам», до яких звичайно відносять такі **структури** населення: **статеву-вікову, сімейну, генетичну**. Ці структури є умовою і результатом процесу відродження та формування населення на окремих територіях. **Соціально-демографічна структура** – це статистичні параметри таких явищ: народжуваність, смертність, шлюбність, міграційний обмін населенням між містом, селом, між різними територіями. Кожна із вказаних структур характеризує склад населення за такими **ознаками**: статтю, віком, сімейним станом, місцем народження, місцем проживання у конкретній місцевості.

**Статеву-вікову** структуру є комбінацією двох зрізів – статі і віку. Щодо першого, то йдеться про співвідношення між чоловіками та жінками серед населення на певній території, щодо другого – про співвідношення між особами різного віку. Статеву-вікову структуру населення може аналізуватися або за однією, або за двома ознаками (стать, вік). У першому випадку особливий інтерес становить поділ на три групи: до 16 років (діти),

до 30 (молодь), до 55 (середній вік), старші за 55 (літній вік). Такого роду поділ не є суворим. Залежно від різних потреб дослідження та соціологічного аналізу вікові межі кожної вікової групи можуть іноді варіюватися. Співвідношення між цими групами характеризує тип вікової структури населення. Аналіз вікової структури, вимагаючи ці три контингенти, не тільки розкриває трудовий потенціал країни, а й дозволяє виявити його динаміку розвитку.

**Вікова** структура суспільства вивчає соціальні проблеми всіх категорій населення – як молоді, так і людей похилого віку. У соціології існують спеціальні галузеві соціологічні теорії: соціологія молоді та соціологія старіння (геронтосоціологія), котрі більш глибоко вивчають вказані об'єкти.

Молодь, як соціальна спільнота, посідає певне місце в соціальній структурі суспільства і набуває соціального статусу в різноманітних соціальних структурах, має спільні проблеми, соціальні потреби та інтереси, особливості життєдіяльності тощо. Молодь як вікова соціальна група не займає особливого місця в економічній системі. Вона входить до різних груп. Вивчення молоді в основі певної суспільної групи відбувається за такими суттєвими **ознаками**: *загальновіковими, соціально-психологічними, фізіологічними особливостями, потребами, інтересами, цінностями*. Молодь як об'єкт соціального дослідження є великою суспільною групою у вікових кордонах 16–30 років. Предметом соціології молоді є вивчення місця та ролі молоді в соціальній структурі суспільства, форм вияву і механізмів дій закономірностей соціального розвитку у молодіжному середовищі. У соціологічному знанні існує великий розділ – «соціологія молоді».

Проблеми молоді, її освіти, виховання, соціального становлення, участі у суспільному житті перебувають у центрі уваги і на перехресті різних наук. Соціологія відносить ці проблеми до найважливіших і охоплює такі аспекти:

- опис стану та виявлення динаміки ціннісних орієнтацій;
- вивчення процесів формування політичних, моральних, професійних і естетичних інтересів та установок;
- вивчення впливових чинників та механізму формування свідомості і реальної поведінки різних груп молоді.

Кінцевим результатом цих досліджень є формування державної молодіжної політики.

Вивчення проблем молоді відбувається в різноманітних сферах її життєдіяльності: праці, навчанні, сім'ї, неформальних організаціях, дозвіллі тощо.

Соціальні проблеми людей похилого віку, їхній соціальний статус, місце в сучасному суспільстві, у соціальній структурі, в різних соціальних системах, спільнотах, власній сім'ї, у взаємовідносинах із іншими віковими групами, зміни із віком особи – все це ще не стало предметом спеціальних досліджень. Як не прикро, але ця галузь залишається найбільш забутою.

Для людей похилого віку, як і для молоді, важливими є можливості адаптації до нових життєвих обставин, особливо в останні 10–15 років, у

зв'язку із радикальними політичними та економічними змінами. Ця вікова група володіє власною субкультурою, сформованою її поколінням.

Для нашої країни зараз є характерним тип відтворення населення на основі низької народжуваності та утвердження малодітної сім'ї. Економічний занепад спричинив, насамперед, спад народжуваності та зростання смертності, що призводить до абсолютного зменшення населення України. У великих містах народжуваність менша, ніж у малих містах та в селах. Одним із негативних наслідків низької народжуваності є старіння населення.

## **2. Історичні аспекти становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів.**

Метою, призначенням і основою соціальної роботи є допомога людям, які опинилися у непростих життєвих ситуаціях, пробудження у них життєвих сил, включення їх, наскільки можливо, у контекст життєдіяльності сім'ї, соціальної спільноти, суспільства. Їх суть полягає не лише у забезпеченні людини благами, а й у допомозі в тому, щоб людина сама могла здобувати необхідні блага, використовувати їх. Не технології, форми і методи є найважливішими у соціальній роботі, а людина, на забезпеченні благ якої сконцентровані її ресурси і зусилля фахівців. Осіб, задля добробуту яких функціонує політика держави, працюють відповідні служби, фахівці та волонтери, у різних країнах називають клієнтами, бенефіціарами, споживачами, пацієнтами, підопічними, користувачами, учасниками програми тощо. Така термінологічна багатоманітність пов'язана зі специфікою відносин у соціальній роботі.

У медицині особу, якій надають допомогу, називають «пацієнтом», в юриспруденції – «потерпілим», «позивачем». Ці терміни описують лише один, пасивний, бік позиції особи, яка потребує професійного сприяння. Проте соціальна робота ґрунтується на ідеї, що особа, котрій надають допомогу, володіє особистісною суб'єктністю, а тому, залежно від інтелектуальних, фізичних, психічних і моральних ресурсів, вона має брати участь у розв'язанні своїх проблем, взаємодіяти із соціальним працівником. У зв'язку із цим утвердилася думка, що осіб, яким надають допомогу соціальні працівники, найкраще називати клієнтами.

**Клієнт соціальної роботи** – індивід, група людей, сім'я, громада, які не можуть самостійно подолати свої проблеми, вийти із життєвої кризи, функціонувати самостійно, а тому потребують допомоги фахових соціальних працівників, є адресатами соціальної роботи.

На різних етапах розвитку соціальної роботи це поняття виражало дещо різний зміст. Найчіткіше еволюція його простежується в теорії і практиці соціальної роботи у США. На початку XX ст. клієнтами американських соціальних працівників були переважно емігранти, котрим важко давалися адаптація до нового соціокультурного оточення, інтеграція в нову суспільну систему. У 30-ті роки, з настанням великої економічної депресії, основною соціальною проблемою була бідність, а клієнтами соціальних служб – малозабезпечені люди, які опинилися за межею бідності.

Ключове завдання соціальної роботи з ними полягало в наданні матеріальної та моральної підтримки. Після Другої світової війни американські соціальні служби зосередилися на роботі з представниками середнього класу, особисті проблеми яких були пов'язані насамперед із стосунками у сім'ях і відносинами у мікросередовищах. Відтоді провідне завдання соціальних працівників полягає у спільному з клієнтом пошуку засобів зміни сценарію життя сім'ї і найближчого оточення. У 60-ті роки розпочався поступовий розвиток групових форм роботи, також спрямованої на структурні зміни роботи у громаді. Через два десятиліття клієнтом соціальної роботи почали вважати будь-якого суб'єкта, який має проблеми, а завданням соціальних працівників – сприяння нормальному його функціонуванню в суспільстві.

В Україні клієнтами чи потенційними **клієнтами** соціальної роботи найчастіше вважають представників вразливих (пригнічених) верств, груп населення («груп ризику»), тобто індивідів, групи, що зазнають чи мають ризик зазнати негативних впливів соціальних, економічних, екологічних чинників або захворюти.

У кожному суспільстві до категорії вразливих можуть бути віднесені різні групи громадян. Особи, з якими мають справу соціальні працівники, різні за віком (від немовлят до похилого віку), належать до різних рас, релігій, етнічних, соціоекономічних груп. Клієнтами чи потенційними клієнтами соціальної роботи у *західних країнах є:*

- бездомні люди;
- родини, в яких існують проблеми дитячої занедбаності, сексуальних, фізичних зловживань щодо дитини або одного з партнерів;
- подружні пари, що мають серйозні подружні конфлікти;
- родини, в яких дитина виховується лише одним із батьків або в яких проявляються насильство з боку батьків чи делінквентна поведінка, труднощі у навчанні дитини;
- особи, які живуть з ВІЛ/СНІДом, 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, життя яких поруйноване покаранням за порушення закону;
- 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 із затримками розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини;

- особи похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати;
- мігранти і біженці, яким не вистачає необхідних для життя ресурсів;
- діти, які залишилися без піклування батьків або які зазнають насилля;

- діти, які мають проблеми у навчанні, та їхні родини;
- особи, які перебувають у стресовому стані, спричиненому травматичними подіями (смерть близької людини, природні або техногенні катастрофи, вихід на пенсію тощо), а також діти, які покинули родину.

Для роботи з ними, як правило, діють спеціалізовані соціальні служби, спрямовані на розв'язання проблем таких категорій клієнтів: діти і сім'ї; особи похилого віку; хворі люди; люди з функціональними обмеженнями; особи, залежні від психоактивних речовин; особи, які живуть із ВІЛ/СНІДом; іммігранти.

В Україні не всі перелічені групи є потенційними клієнтами соціальної роботи. Попри те, Закон України «Про соціальні послуги» визначає, що соціальна допомога має надаватися людям, які потрапили у складні життєві обставини. Це означає, що кожна людина може стати клієнтом соціальних служб, якщо потрапляє в ситуацію чи обставини, які об'єктивно неможливо подолати власними силами (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення і негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо). За таких ситуацій вимоги до людей перевищують їхній звичний адаптивний потенціал, криють у собі або виклик, або загрозу життєдіяльності людини, а інколи спричиняють непоправні втрати. Кожна з них обмежує активність індивіда, породжує потреби додаткових моральних і матеріальних ресурсів.

Подолання складних життєвих обставин (ситуацій) потребує мобілізації та оптимального використання особистісних ресурсів клієнта і ресурсів середовища. Цей процес охоплює такі *стадії*:

**1. Запобіжна стадія.** Діяльність на цьому етапі допомагає людині підготуватися до подолання труднощів (наприклад, сприяння в іншій інтерпретації ситуації).

**2. Безпосереднє подолання проблеми.** Суть його полягає в докладанні зусиль для розв'язання конкретних проблем.

**3. Відновлювальна стадія.** На цій стадії людина має справу із наслідками критичної події, тому необхідно обмежити обсяги втрат, швидше повернутися до нормального стану.

Стан клієнта не може бути весь час однаковим, а динамічно змінюється. Соціальний працівник має прагнути розвивати самостійність своїх клієнтів, які у стосунках з ним почуватимуться не залежними, а партнерами. Важливо мати на увазі, що за певних обставин клієнтом може стати кожен, а процес «перетворення на клієнта» починається з перших

хвилин взаємодії людини із соціальним працівником, усного чи письмового укладення угоди (контракту) про співпрацю.

Чимало людей, які мають соматичні, психічні захворювання, інвалідність, а також людей похилого віку, осіб, які вживають наркотики, можуть бути клієнтами соціальних служб тривалий період, іноді впродовж усього життя, інші – короткий проміжок часу. Деякі люди, які свого часу були клієнтами, здобувши відповідну освіту, можуть стати соціальними працівниками. Таких випадків у соціальній роботі є немало, а тому професіонали підтримують прагнення колишніх клієнтів допомагати людям зі схожими проблемами, оскільки вони у своїй професійній діяльності можуть спиратися на власний досвід подолання проблем.

Неприпустимими фаховими помилками є протиставлення клієнтів соціальним працівникам, адже це може спровокувати недовіру, психологічне протистояння, стати неподоланим бар'єром у їхній взаємодії. Навпаки, соціальні працівники мають брати на себе відповідальність за своїх клієнтів, шукати фахово і морально вмотивовані форми і методи подолання їхніх проблем, зважаючи на наслідки прийнятих рішень і вжитих заходів. Як правило, вони орієнтуються не стільки на ідеологічні доктрини, політичну волю, популярні теоретичні схеми, скільки на клієнта, особливості його буття, потреби і прагнення.

Безперечно, у сучасній соціальній роботі стосунки між клієнтом і соціальним працівником повинні мати партнерський характер, що означає поціновування внеску обох сторін. Така позиція зобов'язує соціального працівника ставитися з повагою до досвіду, думок і рішень клієнта.

### **3. Характеристика категорій клієнтів соціальної роботи.**

У різноманітних теоретичних джерелах, де розглядаються проблеми соціальної роботи, зазначається, що вивчення особистості клієнта у соціальній роботі почалося наприкінці XIX ст. і базувалося на численних підходах та концепціях. Так, у психоаналітичній концепції соціальної роботи, яка ґрунтується на психоаналізі З. Фрейда, відносини між соціальним працівником і клієнтом розглядаються як стосунки між психотерапевтом і пацієнтом, тобто, клієнт визначається як пацієнт, якому необхідно допомогти усвідомити, що джерело проблем знаходиться в ньому самому і всі труднощі є результатом конфлікту між власними бажаннями клієнта або їхньою несумісністю.

У *гуманістичному підході*, основоположником якого став відомий психолог К. Роджерс, ставлення до клієнта базувалося на цінностях любові-служіння, любові-діяльності на благо іншого. Клієнт тут розглядається як суб'єкт, який перебуває у стані постійної тривоги через невідповідність між бажанням бути собою й страхом бути самим собою. Людина, яка перебуває в такому стані, не може самоактуалізуватися, розвиватися на основі свого життєвого досвіду.

Для того, аби клієнт став «повноцінно функціонуючою особистістю», соціальний працівник виступає як терапевт, а його стосунки з клієнтом базуються на щирості, емпатії, позитивному ставленні до нього.

У *біопсихологічному підході* до особистості клієнта, запропонованому Х. Перлман, клієнтом є будь-яка людина, яка потребує поради та має нереалізовані потреби матеріального чи емоційного характеру.

Поведінка, індивідуальні якості, соціальний статус, соціальні ролі, набуті чи втрачені, – усе це важливі домінанти, які впливають на зміну життєвої позиції людини та перебування в якості клієнта. У зв'язку з цим Х. Перлман вводить у теорію соціальної роботи важливе поняття «індивідуальність клієнта».

Автор також вважає, що стандарти поведінки людини як індивідуальності формуються під впливом оцінки іншими людьми її особистості, соціального статусу, досягнень. Ці оцінки можуть бути джерелом «благополуччя» людини, але можуть провокувати й дисгармонії як із самою собою, так і з оточенням. У будь-якому віці людина може зазнати труднощів, втратити надію та сподівання, і тоді вона опиниться в позиції клієнта соціального працівника, що пояснюється такими причинами: нестачею життєвої енергії, необхідної для боротьби за виживання та збереження власної цілісності; відсутністю своєчасної соціальної підтримки; втратою надії на зміну ситуації на краще.

Основоположники *системного підходу* А. Пінкус і А. Мінахан вважають, що практика соціальної роботи, з одного боку, спрямована на вирішення проблем людини, а з іншого, – на розвиток «системи клієнтури». Така система охоплює всіх індивідів, усі групи, сім'ї, організації, громади, які користуються послугами соціального працівника. Одна з необхідних умов взаємодії соціального працівника та клієнта в цьому підході – наявність контракту (письмової чи усної угоди щодо їхніх спільних зусиль на зміну ситуації). На думку А. Пінкуса та А. Мінахана, соціальний працівник, який укладає контракт із клієнтом, не тільки виявляє повагу до його громадянських прав, а й організовує їхню взаємодію як процес рівноправного співробітництва та партнерства.

Аналіз цих підходів дає можливість констатувати, що і до сьогодні в теорії соціальної роботи не існує єдиного підходу щодо визначення поняття «клієнт» та його основних характеристик. У більшості вітчизняних теоретичних джерел **клієнт** у соціальній роботі – це особа, яка особисто звернулася до соціальної служби чи спеціаліста і користується їхніми послугами для розв'язання певних проблем.

Одночасно невизначеною в соціальній роботі залишається і типологія клієнтів. Вона має постійну динаміку, яка зумовлена соціоекономічними та психосоціальними факторами. Типологія клієнтів визначається також сферою соціальної роботи (система соціального захисту населення, система охорони здоров'я, система освіти, соціальна робота в пенітенціарних закладах тощо) та особливостями різних груп населення.



На думку В. Курбатова, всіх клієнтів можна класифікувати як представників **трьох** великих груп: першу групу становлять представники соціально незахищених верств населення (інваліди, сироти, безробітні), другу – маргінали, а третю – особи, що мають різні відхилення в поведінці.

Працівники сфери соціального захисту поділяють клієнтів за ознаками емоційного реагування на «агресорів», «ввічливих» і «німих».

Для «агресорів» характерне постійне незадоволення діями соціального працівника, що проявляється в роздратуванні та різних наріканнях клієнта на недостатню допомогу з боку працівників соціальних служб.

Ввічливі клієнти виявляють щирю вдячність соціальному працівникові за різні форми допомоги, охоче контактують із ними і намагаються всіляко допомогти соціальному працівникові під час надання клієнту різних видів послуг.

Поведінка «німого» клієнта характеризується емоційною стриманістю. Як правило, така людина намагається обмежити контакт із соціальним працівником лише отриманням певних видів соціальної допомоги та послуг.

Крім цих підходів до типології клієнтів, є ще класифікування за «універсальними» та «специфічними» ознаками. До «універсальних» ознак відносять такі, що притаманні всім клієнтам: стать, вік, соціальний статус. Як «специфічні» ознаки клієнта можна розглядати ті типові проблеми, які є причиною психологічного та соціального дискомфорту особистості.

Такі підходи до типології клієнтів соціальної роботи в систематизованому вигляді подано у таблиці 1.

Таблиця 1.

<b>Кваліфікаційна ознака</b>	<b>Тип клієнтів</b>
<b>Кількість осіб</b>	– Індивід – Мала група (сім'я, формальні та неформальні групи)
<b>Вікова група</b>	– Діти – Молодь – Особи зрілого віку – Люди похилого віку
<b>Стать</b>	– Чоловіки – Жінки
<b>Соціальний статус</b>	– Інваліди – Безробітні – Пенсіонери – Емігранти – Біженці
<b>Типові проблеми: проблеми зі здоров'ям</b>	Люди з обмеженими функціональними можливостями; ВІЛ-інфіковані, особи, які мають психологічні труднощі

відхилення у поведінці (девіації)	Особи, схильні до правопорушень; люди, які мають різні види хімічної залежності; люди із суїцидальними намірами
працевлаштування	Безробітні; особи, які повернулися з місць позбавлення волі
відсутність батьківської турботи	Діти, позбавлені батьківського піклування (біологічні та соціальні сироти)
насилля	Особи, які стали жертвами фізичного, психічного та сексуального насильства
сімейні стосунки	Члени неблагополучних сімей
<b>Ступінь добровільності</b>	Клієнти, які приходять за власною ініціативою Клієнти, яких приводять рідні чи направляють працівники соціальних служб

#### **4. Орієнтація на потреби клієнта та його ресурси як провідний принцип соціальної роботи**

Соціальна робота покликана забезпечити відповідність потреб людини і ресурсів соціальних систем, поліпшити взаємодію людини з її фізичним і соціальним оточенням.

**Потреба** – необхідність у чомусь для підтримки життєдіяльності організму людини, соціальної групи, суспільства; внутрішня спонука активності; стан організму, особи, соціальної групи, суспільства, що виражає залежність від об'єктивного змісту умов їхнього існування і розвитку.

Поняття «потреби» охоплює своїм змістом *індивідуальний і загальносоціальний рівні*. З погляду індивіда воно позначає необхідні умови життя певного якісного рівня, заданого не тільки фізіологічними потребами, а й уявленнями про якість життя. На загальносоціальному рівні потреби розглядають як суспільні відносини щодо можливостей споживання матеріальних, духовних благ і послуг. Ці відносини розширюють або звужують, а також трансформують можливості особи стосовно задоволення своїх потреб.

Потреби людини є результатом взаємодії об'єктивного і суб'єктивного. Формуючись під об'єктивним впливом навколишнього середовища, вони відображаються у свідомості, набуваючи суб'єктивної форми свого існування. Усвідомлені потреби спонукають до діяльності, генерують соціальну активність населення. Для реалізації потреб необхідні не лише мотиви, а й умови, які залежать від рівня розвитку цивілізації, характеру суспільних відносин на певний історичний момент. Ці відносини визначають особливості життя як великих сукупностей людей, так і громад, спільнот індивідів. Вони охоплюють політичну, економічну, правову, духовну, професійну та інші сфери. Пов'язані вони з формами і способами соціальної діяльності людей, спільнот, їхніми соціальними потребами та інтересами, надаючи широкі можливості для їхнього задоволення або, навпаки, обмежуючи, звужуючи їх. Відсутність можливості реалізувати свої потреби на індивідуальному рівні ускладнює соціалізацію людини, деформує її

особистість і поведінку, вселяє їй почуття меншовартості, безвідповідальності, агресії, злочинності. На загальносоціальному рівні це породжує різні соціальні проблеми (бідність, безробіття, злочинність, міграції тощо).

Суперечності між потребами, які змінюються у процесі життєдіяльності особи, і реальними можливостями їхнього задоволення є не лише рушійною силою людської активності або причиною індивідуальних проблем, а й підґрунтям, на якому проростають соціальні проблеми, основою соціальної нестабільності. Це особливо відчутно у суспільствах перехідного типу, в яких зазнають трансформації політичні, економічні, соціальні системи, що, як правило, знижує на певний час життєвий рівень багатьох людей, породжує почуття соціальної нестабільності, страх перед майбутнім, особливо у літніх людей. У цей період зазнають суттєвих змін критерії оцінювання благополуччя суспільства, людини, що теж здебільшого провокує дискомфортні емоції. Суттєво змінюються структура і пріоритетність потреб особистості.

Традиційно потреби індивідів поділяють на **вітальні** (необхідні для фізичного відтворення життя), **соціальні** (потреби у спілкуванні, соціальній оцінці), **духовні** (потреби в сенсі життя, ідеалах, цінностях). За іншими критеріями виокремлюють *матеріальні і духовні, індивідуальні і групові, раціональні і нераціональні, поточні й очікувані, традиційні і нові, постійні і тимчасові, елементарні і складні* потреби.

У соціальній роботі активно використовується обґрунтована американським психологом Абрахамом Маслоу ієрархічна теорія потреб людини.

Потреби у безпеці і захисті стосуються не просто збереження життя, а і його якості (безпеки існування), тому їх ще називають екзистенційними (лат. *existere* – існування). Безпека є найважливішою потребою людини, яка актуалізується після задоволення потреби в їжі, воді, одязі, житлі. Безпека не є чимось предметним, матеріальним, а виявляється як абстрактна форма життєздатності і життєвої стійкості об'єктів конкретного світу. Своєю суттю і змістом потреби у безпеці спрямовані на захист життєвих інтересів людини, суспільства, держави, втілюють зацікавленість у довготривалому виживанні. Наприклад, фізична безпека виражає потребу людини в міцному здоров'ї, захищеності від насильства над її особистістю і життям.

Вторинними потребами А. Маслоу вважав потреби в належності й любові, потреби в самоповазі.

Потреби у повазі характеризують прагнення людини вирізнити себе серед інших, вони спрямовані на пошук особливої уваги і певних переваг за допомогою статусу, кар'єри, престижу, визнання. Охоплюють вони потреби у самоповазі й повазі з боку інших. Передумовою самоповаги є компетентність, упевненість, досягнення, незалежність і воля, усвідомлення власних чеснот, можливостей, конкурентних переваг. Повага з боку інших свідчить про визнання, добру репутацію, високий статус особистості, прийняття її у відповідному середовищі. Вона вселяє людині усвідомлення,

що результати її праці і її саму належно оцінюють інші. Без задоволення потреби у самоповазі неможливі почуття впевненості в собі, гідність і усвідомлення своєї корисності та необхідності. Фрустрація (незадоволеність, руйнування) цих потреб породжує почуття неповноцінності, безглуздості життя, слабкості, залежності, безпорадності особистості, наслідком чого стає пасивність у житті. Вражена такими переживаннями людина здебільшого не може знайти в собі сил для протистояння труднощам і негараздам, проявляє надмірну пасивність навіть тоді, коли для досягнення результату потрібно мінімум зусиль. Потреби людини в самоактуалізації (духовні потреби) налаштовують її на творчість, саморозвиток, самореалізацію. Людина, яка досягає цього (вищого) рівня, досягає цілковитої реалізації своїх талантів, здібностей і потенціалу.

Вибудовану й обґрунтовану А. Маслоу ієрархію потреб слід розглядати лише як загальну закономірність, оскільки в кожному конкретному випадку потреби розміщені у різній послідовності і в різних поєднаннях. Жодне з них не має базового пріоритету й актуалізується відповідно до етапу розвитку особистості, групи, громади, суспільства. Це свідчить, що ієрархія потреб є динамічною у часі, тобто актуалізація чи деактуалізація певних потреб максимально орієнтовані на ситуаційні умови життєдіяльності індивіда, рівень соціально-економічного, духовного розвитку суспільства та інші чинники.

Відмінності між людьми (за статтю, віком, станом здоров'я, фізичними даними, природною обдарованістю й успадкованими здібностями, місцем проживання, сімейним і матеріальним становищем, рівнем освіти, ступенем соціалізації тощо) зумовлюють різні можливості у задоволенні потреб. Наприклад, людям похилого віку властиві специфічні потреби, які залежать не тільки від неминучих для них фізіологічних і соціальних змін, а й від матеріального і сімейного стану. Такими є потреби в зайнятості і дозвіллі, якості харчування, житла, спілкування, у знаннях і творчості тощо. Тобто це не лише потреби у самозбереженні, а й у самоствердженні, повазі з боку людей, з якими вони взаємодіють, у самовираженні.

Особливу групу клієнтів утворюють діти, яким властива підвищена потреба в допомозі через слабкість, несамотійність і залежність від дорослих. Особливі потреби в допомозі з боку сторонніх мають і люди, які потерпають від природних, соціальних і техногенних катастроф. Спеціальної допомоги потребують особи, фізичні, психічні, інтелектуальні можливості яких утруднюють їхню нормальну життєдіяльність.

Отже, оцінювання становища клієнта слід здійснювати з урахуванням різних його особистісних потреб – від фізіологічних до потреб у самоактуалізації.

Напрями реалізації соціальної політики держави, функції соціальної роботи і потреби людини є взаємопов'язаними і перебувають у певних співвідношеннях. Ідеться про те, що соціальні програми часто спираються на ідею вітальних потреб, тобто потреб, задоволення яких необхідне для фізичного відтворення життя. Проте надання певних видів соціальних

послуг, грошової і матеріальної допомоги регулюється відповідними нормативно-правовими актами. При визначенні категорій осіб, які мають право за законом розраховувати на отримання матеріальної або будь-якої іншої допомоги та підтримки, використовується принцип пріоритетності, тому пересічна людина оцінює соціальну роботу і соціальну політику через задоволення своїх потреб.

Для соціальних працівників важливим є пошук ресурсів, які сприяють поліпшенню соціального функціонування клієнта.

**Ресурси** – джерело й арсенал засобів і можливостей, якими за необхідності можна послуговуватися при виконанні певного завдання, удосконалення дій.

Порушення життєдіяльності різних груп населення мобілізує їхні внутрішні ресурси на стабілізацію ситуації та задоволення актуальних потреб. Намагання реалізувати потреби передбачає відповідні соціальні дії. Якщо дії індивіда (сім'ї, групи, громади) для задоволення існуючих потреб з певних причин неможливі або малоефективні, потрібне залучення зовнішніх ресурсів.

Концепція мобілізації ресурсів, яка використовується в теорії та практиці соціальної роботи, передбачає певні дії, спрямовані на максимальне задоволення потреб клієнта на основі невикористаних внутрішніх ресурсів (фізичних і психічних), а також на пошук і залучення зовнішніх ресурсів суспільства і оточення.

На сучасному етапі соціальна робота з внутрішніми ресурсами (інтелект, освіта, професія, цілеспрямованість, воля, мотивація та ін.) вимагає такої побудови стосунків із клієнтами, щоб вони могли повірити у власні сили, усвідомити власну компетенцію і здібності, навчитися самоконтролю і позитивної самооцінки, оволодіти навичками управління собою і своїми соціальними ролями.

Зовнішні ресурси у соціальній роботі поділяють на **офіційні** (формальні) і **неофіційні** (неформальні), **реально існуючі і потенційні, матеріальні, соціальні і культурно-духовні**. До зовнішніх ресурсів належить уся соціальна інфраструктура – сукупність органів, соціальних служб і різних закладів, їхньої матеріальної та нормативно-правової бази, які забезпечують задоволення потреб громадян і захист їхніх соціальних прав.

Соціальна робота може бути пов'язана також із відсутністю, нестачею, недоступністю, дорожнечою необхідних для її клієнтів ресурсів. Нерідко доступні для клієнтів ресурси можуть бути неусвідомленими, некоординованими ними або пов'язаними зі зловживаннями та безгосподарністю чи прихованими від них.

При визначенні плану догляду за конкретною людиною вирішальним є оцінювання її потреб та ресурсів для їхнього задоволення. Звичайно, різні групи клієнтів мають різні потреби, які передбачають специфічні ресурси. Наприклад, у соціальних службах Великобританії розроблено спеціальні бланки, на яких перелічено понад 80 видів потреб і проблем. Оцінювання потреб, які відчуває клієнт і спостерігає фахівець, стає основою плану

догляду. Моніторинг надання послуг і контроль за їхньою якістю теж ґрунтуються на визначенні ступеня забезпечення потреб користувача.

Не завжди проблеми клієнта зумовлені зовнішніми чинниками, у багатьох із них нерідко простежується особистісна дисфункція, яка перешкоджає використанню наявних ресурсів. Як правило, людям, які мають проблеми щодо налагодження міжособистісних стосунків, важче дається задоволення потреб у дружбі й любові. Тому соціальним працівникам доводиться допомагати їм розвивати навички міжособистісної комунікації.

Фахівцям часто доводиться мати справу не з потребою конкретного клієнта, а з потребами значної кількості людей і з оцінкою тих ресурсів, які можна виділити на їхнє задоволення.

Відповідно до таксономії (ієрархічної класифікації) виокремлюють такі групи потреб:

**1. Нормативна потреба** – потреба, визначена на основі суджень професіоналів, котрі вираховують і встановлюють певні норми, стандарти, рівні. Прикладом визначення такої потреби є встановлення прожиткового мінімуму або кількості клієнтів, яких має обслуговувати один соціальний працівник. До цієї групи потреб належать і визначені в законі нормативи, зокрема ті, що закріплюють право на отримання соціальних послуг певною категорією клієнтів – безробітних, самотніх людей похилого віку, ветеранів війни і праці тощо. При цьому потребами людей з функціональними обмеженнями здебільшого вважають фізіологічні потреби і потреби в безпеці, переважно в лікуванні, пенсійному забезпеченні, залишаючи поза увагою їхні потреби у взаєминах, повазі та самореалізації, які можна задовольнити за допомогою освіти, зайнятості, створення умов для незалежного існування.

**2. Потреба, що відчувається,** – потреба, яка безпосередньо визнається людьми; визначається переважно за допомогою соціологічних опитувань. Прикладом можуть бути нагальні, незадоволені потреби родин, в яких виховуються діти з розумовою відсталістю, в психологічному та юридичному консультуванні; соціальному супроводі родин, які виховують інваліда, – у набутті дитиною навичок самообслуговування, фізичній реабілітації, професійній освіті та ін. Поширеною практикою для виявлення того, як люди сприймають свої потреби, є вивчення суспільної думки. Проте слід зважено обирати осіб для опитування. Адже існує суттєва відмінність між тим, як сприймають свої потреби люди похилого віку та інші особи (люди молодшого віку схильні визначати потреби престарілих у більш спрощений і менш прагматичний спосіб).

**3. Висловлена (виражена, відображена) потреба** – потреба, яку можна визначити з огляду на кількість людей, для яких вона актуальна; визначають її методом статистичного обліку. Наприклад, скільки людей зареєстровано в службі зайнятості як безробітні; скільки інвалідів перебуває в черзі на отримання пільгового автомобіля або протезно-ортопедичних виробів; скільки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом і перебувають на обліку в

СНІД-центрах, потребують антиретровірусної терапії (лікування, що гальмує розвиток інфекції) тощо.

**4. Відносна (порівняльна) потреба** – потреба, яку визначають на основі порівняння потреб тих людей, для кого вона неактуальна. При цьому зважають на географічні, демографічні, соціальні та інші відмінності груп людей. Так, жінка в період вагітності та післяпологовий період має потребу в соціальному захисті, тоді як у чоловіків такої потреби не існує. Інший приклад: потреби людей похилого віку у гірських карпатських селах у більшості випадків відрізняються від потреб мешканців обласного центру такого ж віку.

Цю таксономію використовують для обґрунтованого визначення груп потенційних клієнтів, моніторингу соціальних проблем і потреб. Крім з'ясування проблем і потреб у соціальних послугах, необхідне також вироблення критеріїв, за якими визначають належність до певної групи клієнтів. На основі досліджених соціальних проблем і потреб має розвиватися система надання послуг, а за необхідності – навіть створюватися нові агенції. У зв'язку з цим інколи доводиться вносити відповідні зміни у законодавство, яке визначає функції та повноваження соціальних працівників, регулює їхню діяльність з різними групами клієнтів. Незалежно від обставин вона повинна сприяти поліпшенню якості життя клієнтів соціальної роботи.

Якість життя – комплексна інтегральна характеристика становища людини в різних соціальних системах і структурах, яка відображає ступінь її соціальної свободи, можливості всебічного розвитку, реалізації здібностей і життєвих планів; сукупність і якість матеріальних, соціальних, культурних і духовних цінностей, якими послуговується людина, задовольняючи свої потреби і реалізуючи інтереси.

Поліпшення соціального функціонування особистості, яке є метою соціальної роботи, передбачає орієнтацію на її базові потреби. Задоволення цих потреб вселяє людині відчуття себе повноправним і активним членом суспільства, задоволення якістю свого життя.

#### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. У чому полягає демографічна проблема сучасності?
2. Назвіть найважливіші проблеми народонаселення.
3. У чому суть і зміст поняття соціально-демографічної структури?
4. Розкрийте сутність поняття «клієнт».
5. Хто є потенційними клієнтами соціальної роботи в Україні?
6. Хто є потенційними клієнтами соціальної роботи в західних країнах?
7. Проаналізуйте різні підходи до розуміння особистості клієнта.
8. Визначте найбільш типові характеристики клієнтів різних соціальних служб в Україні.
9. Розкрийте сутність поняття «потреба».
10. Охарактеризуйте групи потреб.

## **Література до теми**

1. Робота з клієнтами соціальних служб / Під ред. З.Г. Зайцева, Житомир: Екосфера, 1994. 117 с.
2. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді. / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
3. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкіреєв. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.
4. Бурая Н.П. Соціальна робота: Навч. посіб. Х.: Ун-т внутр. справ, 1996. 104 с.
5. Жуков В.І. Соціальна політика: світові тенденції та моделі, застосування в Україні *Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі* / За заг. ред. І. Зверевої та Г. Лактіонової. К.: Наук. світ, 2001. С. 8–23.
6. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С. Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.
7. Соціально-педагогічна та соціальна робота з різними категоріями клієнтів: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н.П. Краснова, Л.П. Харченко, В.М. Пігіда, Я.І. Юрків ; Держ. закл. «Луганський нац. ун-т імені Т. Шевченка». Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка». 2010. 408 с.

## **Тема 2. Особливості роботи з різними групами клієнтів**

1. Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема.
2. Види соціально небезпечних явищ: злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД.
3. Запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів.

### *Ключові поняття і терміни:*

- |                               |                  |
|-------------------------------|------------------|
| • групи клієнтів;             | • наркоманія;    |
| • спеціальні групи клієнтів;  | • ВІЛ/СНІД;      |
| • соціально небезпечні явища; | • стигма;        |
| • злочинність;                | • стигматизація; |
| • алкоголізм;                 | • дискримінація. |

### **1. Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема.**

Соціальна робота зі спеціальними групами клієнтів – важливий компонент розвитку демократичних засад суспільства. Це впливає з ініціатив соціальної ситуації розглядати спеціальні групи клієнтів з позиції рівності людських прав. Перш за все, треба знати види й особливості хвороб спеціальних груп клієнтів:

- Соціальні, медичні та релігійні погляди на здоров'я і норму.



- Ставлення до поняття норми в різних типах суспільств.
- Порушення норм поведінки як соціально-культурологічна проблема.
- Причини втрати здоров'я.
- Характеристики негативних ситуацій.
- Роль особистих якостей у втраті та збереженні здоров'я.
- Ціннісно-мотиваційна структура особистості.
- Поняття про статус особистості.
- Зміна статусу людини як соціально-психологічна проблема.
- Психопатологічні зміни особистості при зміні статусу людини.
- Просторові координати особистості при зміні статусу.

**Спеціальні групи клієнтів соціальної служби** – це особи, які потребують сторонньої спеціальної кваліфікованої допомоги і користуються можливими послугами відповідних закладів; при цьому обов'язковим є наявність згоди або контракту щодо надання послуг.

До спеціальних груп клієнтів прийнято відносити:

- хворих на алкоголізм та наркоманію, СНІД;
- осіб з девіантною, соціально дезадаптованою і кримінальною поведінкою;
- неповнолітніх правопорушників, засуджених, а також тих, хто повернувся з місць позбавлення волі.

Це люди, котрі через різні суб'єктивні та об'єктивні причини мають складні соціальні проблеми і потрапили у важку життєву ситуацію.

**Знання та навички, необхідні соціальному працівникові**

Соціальний працівник повинен *знати*:

- законодавчі акти щодо соціальної роботи зі спеціальними групами клієнтів;
- психологічні та соціально-педагогічні особливості цих груп клієнтів;
- причини девіантної та кримінальної поведінки деяких клієнтів спеціальних груп;
- особливості «груп ризику», спосіб їхнього життя, характерні ознаки;
- методи та форми профілактично-корекційної, лікувально-оздоровчої та реабілітаційної роботи зі спеціальними групами клієнтів;
- особливості дії психоактивних речовин на дітей, підлітків, молодь;
- методи та форми позбавлення від алкогольної та наркотичної залежності;
- порядок оформлення документації соціальної служби в роботі зі спеціальними групами клієнтів.

Соціальний працівник повинен *уміти*:

- користуватися набутими теоретичними знаннями та застосовувати їх у практичній роботі;

- користуватися окремими психодіагностичними та соціально-педагогічними методами вивчення особистості клієнтів спеціальних груп;
- спонукати людину до позитивних змін в її житті;
- встановлювати доцільні стосунки з клієнтами, враховуючи їхні вікові та індивідуальні особливості;
- виявляти й оцінювати актуальні проблеми людей, що належать до спеціальних груп клієнтів, і допомагати у їхньому розв'язанні;
- проводити консультації;
- здійснювати лікувально-профілактичні заходи з клієнтами з метою позбавлення їх від алкогольної і наркотичної залежності;
- проводити корекційну роботу з особами, які мають психічні порушення та відхилення у поведінці;
- організовувати соціально-педагогічні заходи зі спеціальними групами клієнтів;
- проводити різні форми індивідуальної роботи;
- оцінювати результати власної діяльності і робити прогноз на майбутнє.

Отже, ефективна робота соціального працівника потребує глибоких соціально-педагогічних та психологічних знань.

## **2. Види соціально небезпечних явищ: злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД.**

**Злочинність** – соціально зумовлене, історично мінливе, порівняно масове та кримінологічне явище, що проявляє себе в системі кримінально-карних діянь на певній території за певний період часу, а також осіб, які їх вчинили.

Злочинність загалом поділяється на два **види: первинну** (сукупність злочинів, скоєних уперше) та **рецидивну** (сукупність повторних злочинів). Кожний із цих видів розмежовується на: **злочинність чоловіків і злочинність жінок**. При подальшій класифікації злочинність і чоловіків, і жінок ділиться, у свою чергу, на **злочинність дорослих та неповнолітніх осіб**. Додатково можна назвати **міську й сільську злочинність, злочинність у сфері сімейно-побутових відносин, злочинність регіонів**. На сьогодні дуже актуальною для нашого суспільства стала **організована та професійна злочинність**.

Такий видовий розподіл допомагає, по-перше, конкретизувати вивчення багатьох проблем, а по-друге, це важливо для вирішення практичних завдань щодо запобігання цьому явищу в суспільстві.

### **Основні показники злочинності.**

Злочинність як соціальне явище містить низку рис і ознак, яких немає в окремій антисуспільній поведінці, зокрема й у злочині як індивідуальному акті поведінки та формі прояву злочинності.

Злочинність, як і будь-яке інше соціальне явище, можна оцінювати за допомогою якісних та кількісних критеріїв, основними з яких є:

- 1) рівень злочинності;
- 2) коефіцієнти злочинності;
- 3) динаміка злочинності;
- 4) географія злочинності;
- 5) структура злочинності;
- 6) характер злочинності;
- 7) «ціна» злочинності;
- 8) стан злочинності.

**Рівень злочинності** – це її кількісна характеристика, що вимірюється в абсолютних величинах сумою вчинених злочинів і осіб, які їх вчинили, за певний проміжок часу на визначеній території.

**Динаміка злочинності** – показник, який відображає зміну її рівня та структури протягом того чи того тимчасового періоду (рік, три роки та ін.).

На динаміку злочинності як соціально-правове явище впливають дві *групи факторів*. Перша – це причини та умови злочинності, демографічна структура населення й інші соціальні процеси та явища, що впливають на злочинність. Друга – зміни кримінального законодавства, що розширюють або звужують сферу злочинних діянь.

**Структура злочинності** – це внутрішня, притаманна їй ознака, що розкриває її будову, окремі складові частини в загальній їхній сукупності за визначений відрізок часу та на визначеній території. Від того, яка структура злочинності, залежить і «напрямок головного удару» в боротьбі з нею. Структура виразно показує, що таке злочинність у безпосередніх конкретних умовах, яка визначальна якість цього явища.

Характер злочинності зумовлюється кількістю найбільш небезпечних злочинів у структурі злочинності, а також тим, якою є характеристика осіб, які їх скоїли.

**Географія злочинності** – це розповсюдження її по різних регіонах (територіях) держави, областях, районах, містах, селищах.

Досвід роботи правоохоронних органів свідчить, що нерівномірність у стані, динаміці та структурі розподілу злочинності пояснюється:

- конкретними соціальними умовами певного регіону;
- економічною його характеристикою;
- національним складом і структурою населення;
- послабленням соціального контролю за поведінкою людей;
- рівнем культурно-виховної роботи, організації дозвілля та побуту населення;
- рівнем організації роботи в боротьбі зі злочинністю тощо.

#### **Поняття латентної злочинності**

Латентна злочинність – це сукупність передбачених кримінальним законом діянь, які з різних причин не були взяті до уваги органами внутрішніх справ, прокуратурою, службою безпеки та судом.

Суспільна небезпека латентної злочинності полягає в тому, що:

- питання боротьби з латентною злочинністю не беруться до уваги і не плануються, а тому не можуть бути ефективними;

– вона зменшує ступінь достовірності прогнозів злочинності, утруднює визначення напрямків боротьби з нею;

– якщо при розкритих злочинах спричинення матеріальних збитків частково відновлюється, то в разі прихованих – вони не тільки не відновлюються, але немає навіть процесуальних шляхів для цього;

– почуття безкарності заохочує осіб, які скоїли тяжкі злочини, продовжувати свою злочинну діяльність, тобто сприяє зростанню злочинності, зокрема рецидивної;

– латентна злочинність, оскільки вона все ж «помічається» довколишніми, руйнує їхні моральні та правозаборонні бар'єри;

– під її впливом деякі члени суспільства стають на злочинний шлях;

– складає хибне враження про фактичні обсяги злочинності, її рівень, структуру, динаміку, про величину й характер шкоди, завданої злочинністю;

– заважає реалізації принципу невідворотності відповідальності за вчинені злочини;

– підриває авторитет правоохоронних органів держави;

– знижує активність громадян у боротьбі зі злочинністю;

– сприяє зростанню соціальної напруги в суспільстві;

– сприяє процесам самодетермінації злочинності.

У науковій юридичній літературі розрізняють латентність трьох видів: природну, штучну та пограничну.

1. *Природна латентність* – це сукупність тих випадків, коли факт злочину був, але він не став відомим правоохоронним органам. Наприклад, неповідомлення потерпілих про злочин.

2. *Штучна латентність* – факт злочину відомий, але з різних причин правоохоронні органи не ставлять його на облік, щоби створити враження успішності боротьби зі злочинністю.

3. *Погранична латентність* – факт злочину стався, але потерпілий не усвідомлює цього (приміром, пожежі, кишенькові крадіжки).

Термін «алкоголізм» має два основних значення:

– хвороба індивіда;

– соціальна патологія (негативні наслідки вживання алкоголю, «зловживання») для самого індивіда, його соціального оточення або суспільства в цілому.

Причини алкоголізму різні. Серед них – розваги, вплив оточення, дотримання питних традицій, подружні і сімейні негаразди, неприємності на роботі, цікавість, прагнення відчувати новизну в підлітковому віці тощо.

**Алкоголізм** – біопсихосоціальне захворювання, залежність людини від алкоголю, що супроводжується соціальною та моральною деградацією особистості.

**Алкоголік** – це людина, для якої алкоголь стає таким же невід'ємним компонентом життєдіяльності, як вода та їжа.

*Алкогольна залежність* формується поступово і визначається складними змінами, що відбуваються в організмі людини. Алкоголь швидко «засмоктує» людину. Заволодіння ним організму має чітко виражені **фази**.

**Початкова фаза.** Сп'яніння з провалами в пам'яті, «затемнення». Людина постійно думає про спиртне, їй здається, що випила недостатньо. Вона п'є «наперед», і в неї розвивається потяг до алкоголю. Однак вона ще зберігає усвідомлення своєї провини, уникає розмови про свій потяг до спиртного.

**Критична фаза.** Втрата контролю над собою після першого ж ковтка горілки. Прагнення знайти виправдання своєму пияцтву, опір усім спробам запобігти бажанню випити. У людини розвивається зарозумілість, агресивність. Вона звинувачує оточуючих у своїх невдачах. У неї починаються запої, її друзями стають випадкові любителі випити. Вона змушена лишити постійну роботу, втрачає інтерес до всього, що не стосується вина й горілки.

**Хронічна фаза.** Стійкість до вживання спиртного раптово знижується, навіть малі дози спиртного викликають той же ефект, що й великі порції у минулому. Щоденне похмілля. Відбувається деградація особистості.

Людина п'є технічні рідини, одеколон тощо. В неї розвиваються безпідставні страхи, біла гарячка, інші психози.

Науковці виділяють *три різновиди проблем*, що пов'язані з вживанням алкоголю.

*Проблеми людей*, які вживають алкоголь надмірно і постійно: функціональні розлади, втрата самоконтролю, агресивність, нещасні випадки.

*Проблеми сім'ї*: конфлікти через невиконання подружніх, батьківських і господарських обов'язків, матеріальні труднощі, юнацький алкоголізм і правопорушення.

*Проблеми суспільства*: включають порушення громадського порядку, нещасні випадки, зниження продуктивності праці, прогули, економічні збитки, спричинені витратами на лікування, допомогу з непрацездатності тощо.

Перші відомості про використання *наркотичних засобів* у медицині відносять до VII ст. до н. е. Наркотики набули широкого розповсюдження з середини XIX ст. й перетворилися у серйозну соціальну проблему на межі XIX–XX ст. Фахівці відзначають, що наркоманія як соціальне явище має загальні риси розвитку, прояв та перебіг хвороби. Зокрема, відзначають *три основні ознаки*: психічну та фізичну залежність, толерантність (звикання до наркотичних препаратів).

*Виділяють три стадії захворювання:*

– **на першій стадії** відзначають синдром психічної залежності, який з неусвідомленого переходить у свідомий потяг до наркотику. Поступово думки про наркотики починають домінувати, а стан наркотичного сп'яніння стає найціннішим. Стійкість до наркотику збільшується у десятки разів. Тривалість першої стадії в середньому від пів року до кількох років;

– **на другій стадії** до психічної залежності приєднується ще й фізична. У разі відсутності в організмі наркотику виникає абстинентний синдром (синдром позбавленості), який притлумлює всі інші потреби, прагнення, бажання, навіть голод, і повністю підкоряє собі поведінку індивіда. Водночас спостерігають порушення у психіці, відчуття нудьги, злостивості, стривоженості, а також порушення фізичного стану: нежить, чхання, серцебиття, холод, жар, болі у м'язах і суглобах, судоми тощо. Проявляються ознаки раннього старіння: виснаження, випадають зуби, волосся, різкий спад життєвої активності, інтелекту, пам'яті. Втрачаються соціальні та особистісні інтереси, зв'язки з рідними та близькими. Потреба у великих коштах на наркотики штовхає людину на протиправні дії;

– **на третій стадії** стійкість до наркотику, навпаки, падає. Попередні дози викликають гостре отруєння. Спостерігають моральну та соціальну деградацію. Хворий перетворюється на інваліда, його життя перебуває під постійною загрозою.

**Наркоманія** (за визначенням комісії експертів ВООЗу) – це «психічний, а іноді також фізичний стан, що виникає як наслідок взаємодії між живим організмом і наркотичними засобами. Його характеризують особливості поведінки та інші реакції, які завжди включають потребу в постійному або періодичному поновленні прийому цього наркотичного засобу з метою відчутти його психічний вплив або ж уникнути дискомфорту, пов'язаного з його відсутністю».

Соціальний працівник повинен знати ***причини наркоманії***.

Передусім – це незадоволена потреба у самоствердженні, невдачі в навчанні, праці, відсутність розуміння, схвалення, емоційної підтримки з боку близьких людей.

Соціальному працівникові слід урахувати, що наркоманія має серйозні негативні наслідки для індивіда і суспільства. Наркоманів вирізняє соціальна пасивність, поступова втрата трудових і сімейних функцій, зниження інтелектуального рівня, емоційна глухота, моральна і соціальна деградація. В Україні, як і в інших країнах, встановлена кримінальна відповідальність за незаконне виготовлення, придбання і зберігання, перевезення і збут наркотичних речовин.

Минуло майже 40 років з часу відкриття синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу). За цей час ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) охопив чи не всі куточки світу. Загальна кількість тих, хто має ВІЛ-інфекцію, складає близько 35 мільйонів.

Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оцінками даними, на початок 2018 р. в країні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних людей. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛом, що є одним із найвищих показників серед країн регіону.

**Початок пандемії**

З 1980 року в місцевостях, розташованих на великій відстані одна від одної, почали реєструвати випадки захворювання з однаковою



симптоматикою. У групу хворих потрапили гомосексуалісти, наркомани, люди, які страждають на гемофілію і яким було зроблено переливання крові, діти, які народилися від хворих матерів, а також гетеросексуальні партнери цих матерів. Усі ці прояви були зібрані під назвою СНІД (1981 р., США). 1982 року було зроблено клінічний опис картини СНІДу.

Більшість учених вважають незаперечним той факт, що ця нова хвороба, яка радше за все виникла в Африці або у США, викликана ВІЛом і розповсюджується як інфекція переважно через сексуальні контакти.

На сьогодні існують доведені дані про те, що ВІЛ існував задовго до його виявлення. Так, ретроспективний аналіз «підозрілих» історій хвороби показав, що з 1950-х років в медичній літературі опубліковано принаймні 19 вірогідних випадків СНІДу (перший з них у 1952 р. ).

Що таке ВІЛ та СНІД? ВІЛ-інфекція означає, що у крові присутній вірус імунодефіциту людини. Як правило, впродовж кількох років людина почуває себе здоровою, але вірус здатен поступово знищувати імунну систему організму, призводячи до різних хвороб. Пізню стадію ВІЛ-інфекції називають СНІДом. На цій стадії виникають важкі хвороби.

Доведено, що ВІЛ може передаватися трьома шляхами:

- при статевому контакті;
- з кров'ю та її препаратами;
- через плаценту від вагітної жінки до плоду або під час пологів.

### **Шляхи зараження ВІЛом та групи ризику**

Групи підвищеного ризику складають особи, у яких через особливості поведінки вірогідність зараження ВІЛом більша, ніж у звичайній ситуації.

**Перша група ризику** – гомосексуалісти. Це пояснюється великою кількістю статевих контактів, вірус легко проникає у кровеносні судини через тріщини слизової оболонки. Гомосексуалізм — це статевий потяг до людини тієї ж статі. До недавнього часу гомосексуалізм у нашій країні вважали кримінальним злочином.

**Друга група** – повії, які не використовують презервативів при численних статевих контактах та іноді вживають наркотики.

**Третя** – ін'єкційні наркомани, які отримують ВІЛ через спільне використання шприців або через наркотик, у який може потрапити кров ВІЛ-інфікованого.

В окрему **групу** виділяють хворих на гемофілію, яким переливають кров донорів. Доведенням присутності ВІЛу в організмі людини є виявлення за допомогою тесту вірусного антигена. Антитіла до вірусу утворюються в організмі, як правило, через шістьд–десять тижнів після гострої стадії інфекції, тобто через три–п'ять місяців після зараження. Є випадки, коли наявність антитіл вдалося виявити лише через півтора–два роки після зараження.

Причиною неправильних аналізів на СНІД можуть бути біологічні фактори – наприклад, вагітність, туберкульоз, ревматизм.

Негативний результат аналізів буває на початковій стадії хвороби і на останній стадії хвороби, через глибокі порушення в системі імунітету організм може повністю втратити здатність виробляти антитіла до ВІЛу.

ВІЛ-інфекція не передається: через поцілунок, через побутові контакти (спільні речі, посуд, їжу, користування туалетом, потиск рук тощо), через укуси комах.

#### **Стадії ВІЛ-інфекції:**

- інкубаційний (прихований) період (три-вісім тижнів);
- гострий період (спостерігається приблизно у третини інфікованих і триває два-чотири тижні). Симптоми – висока температура, ангіна, збільшення лімфатичних вузлів, висипки на тілі тощо;
- латентний період (приховане здорове вірусоносіство);
- період «персистуючої генералізованої лімфаденопатії», коли виявляють збільшення шийних, ліктьових та інших лімфовузлів; самопочуття таких хворих, як правило, не порушене;
- СНІД-пов'язаний комплекс: з'являється загальна слабкість, висока температура, схуднення, пронос, порушується працездатність і сон;
- власне СНІД, який проявляється опортуністичними хворобами і злоякісними пухлинами.

Коли процес хвороби заходить далеко, у хворого спостерігають порушення трьох основних типів:

- у більш ніж половини хворих розвиваються різні вторинні інфекції, зумовлені бактеріями, грибами, вірусами, паразитами (наприклад: кандидоз слизових оболонок порожнини рота або стравоходу, пневмонія, туберкульоз);
- у кожного другого і навіть частіше спостерігають неврологічні та психічні порушення, зумовлені змінами центральної та периферійної нервових систем;
- нарешті, у кожного третього хворого розвиваються злоякісні пухлини (саркоми, лімфоми тощо).

### **3. Запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів.**

Формування стереотипів є обов'язковим елементом нашої культури, але разом із тим формування стереотипів породжує й певний консерватизм у нашій діяльності, у тому числі і в процесі мислення. Інколи вороже ставлення до нового визначається підсвідомо чинним інстинктом самозбереження, який намагається захистити нас від можливих потрясінь, пов'язаних із руйнуванням усталених стереотипів.

Стереотипи мають досить сильний вплив на свідомість людей і дуже широке поширення, межі якого важко навіть оцінити. Стигми ж мають лише негативну сторону – упереджене ставлення до певної категорії людей (соціальної верстви) або речей на основі скупчення стереотипів та установок. Є і такі розповсюджені: як страх зустрічі та спілкування з ВІЛ-інфікованими, психічно хворими, із фізичними вадами, наркоманами, які пояснюються поняттям «стигма».



**Стигма** (дослівно «ярлик», «тавро») – співвідношення однієї якості людини з іншою, хоча зв'язок між ними відсутній або не доведений. На відміну від поняття «стереотип», термін «стигма» застосовується лише щодо людей, наприклад, «жінки погано керують автомобілем», «чоловіки більш агресивні» або «наркомани всі ВІЛ-інфіковані». Досить часто наявність стигми призводить до дискримінації, тобто коли переконання переходять до дій. Стигма знижує об'єктивність оцінки конкретних людей (стигматизованих), а інколи може перешкоджати їхній інтеграції в суспільство.

**Дискримінація** (лат. *discriminatio* – розрізнення) – обмеження прав частини населення за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, рід занять тощо). Таке обмеження може бути підкріплено законодавством (правова дискримінація), прийнятою в країні релігією, або може ґрунтуватися виключно на сформованих моральних нормах (неофіційна дискримінація). Дискримінація має місце тоді, коли стосовно людини робиться виняток, який призводить до несправедливого або упередженого ставлення до людини на підставі її приналежності до певної групи. Наприклад, людина, що живе з ВІЛом, може не отримати медичну допомогу або бути звільненою на підставі ВІЛ-статусу.

**Стигму** щодо ВІЛ/СНІДу можна визначити як знецінення людей, які живуть або асоціюються з ВІЛом. У процесі стигматизації ознака ВІЛ-статусу або його можливої наявності характеризується як така, що дискредитує, є недостойною, вимагає осуду з боку тих, хто її не має, та сорому і страху з боку ВІЛ-позитивних людей. Вважається, що люди, які мають ВІЛ, заслуговують на те, що з ними відбулося, через свою поведінку, вчинки. Часто ВІЛ/СНІД зображається в засобах масової інформації як «чума ХХІ століття», «хвороба гомосексуалістів та наркоманів», що посилює суспільні страхи ще більше.

**Причинами виникнення стигми** можуть бути декілька факторів:

- недостатнє розуміння хвороби; міфи про шляхи передачі ВІЛу; сором;
- відсутність лікування (або обмежений доступ);
- безвідповідальність повідомлень у ЗМІ;
- поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного осуду, пов'язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням наркотиків.

**Наслідки стигми та дискримінації:**

- вплив на свідомість людей, що живуть із ВІЛом; занижена самооцінка, депресія, відчай;
- збільшення ризику інфікування через страх проходити тестування, боязнь осуду;
- формування такого середовища, де лякає не сама хвороба, а те, як її оцінюють, ставлення до неї;

- ігнорування людиною свого реального або потенційного ВІЛ-статусу;
- порушення прав та свобод людей у сфері охорони здоров'я, праці, освіти тощо;
- зменшення зусиль, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, або їхньої ефективності;
- знецінення певних груп людей, закріплення соціальної нерівності (у тому числі гендерна нерівність, нерівність, пов'язана із сексуальністю).

У пункті 13 Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (від 27.06.2001р.) зазначено: «Стигматизація, замовчування, дискримінація та заперечення, а також відсутність конфіденційності підбивають зусилля з попередження та догляду і збільшують вплив епідемії на окремих осіб, сім'ї, громади та нації».

Отже, стигма та дискримінація тісно пов'язані між собою: існування стигми прямо призводить до виникнення дискримінації певних груп людей, девальвації їхньої особистої цінності. Стигма та дискримінація посилюють та підживлюють одна одну, формують нерозривне коло.

У Законі України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (№ 1972-12, від 19.12.2001р.), у статті 17, зазначено, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Крім загальних прав і свобод, вони мають право також на: відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини.

У статтях 17, 18 та 19 цього закону зазначається, що забороняється відмовляти ВІЛ-інфікованим людям у прийнятті до лікувальних закладів, наданні медичної допомоги, а також здійснювати обмеження їхніх прав будь-яким іншим чином. У разі порушення прав ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД мають право оскаржувати неправомірні дії посадових осіб у суді. Важливою нормою є можливість отримати компенсацію шкоди, завданої здоров'ю особи при зараженні ВІЛом під час медичних маніпуляцій.

На сьогодні в Україні широко поширена дискримінація людей, що живуть із ВІЛом, навіть серед тих, хто повинен бути найбільш поінформованим та неупередженим, тобто серед лікарів. Для вирішення цієї проблеми існує декілька стратегій, що вже були випробувані на практиці.

Дієвими механізмами подолання або зменшення стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, повинні стати реформи в політиці та законодавстві. Однак без зміни системи цінностей та ставлення до цієї проблеми ці заходи будуть мати незначний успіх.

Отже, можна зробити висновок, що українське законодавство врахувало вимоги міжнародного права щодо захисту прав людей, які живуть із ВІЛом, проте, на практиці захист цих прав здійснюється не завжди.

Обов'язком держави є поважати права людини, не допускати пряму чи непряму дискримінацію в законодавстві і політиці, вживати заходи, спрямовані на захист прав людини та боротьбу з дискримінацією. Існування дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, характеризує державу як таку, що має лише декларативний захист, повагу та дотримання прав людини. Дискримінація у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є порушенням прав людини, й особи, які дозволяють дискримінацію, повинні відповідати згідно із чинним законодавством, а постраждалі від неї мають право на компенсацію.

Спочатку СНІД сприймався виключно як хвороба маргіналів (споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу, чоловіків, що мають секс із чоловіками, емігрантів, загалом кажучи, соціальних низів), а тому страх перед невиліковним захворюванням поєднувався з відразою до стилю життя (справжнього чи приписуваного) цих соціальних «аутсайдерів». Такий стан речей зберігається й донині, підкріплюючись тим, що на сьогодні в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу дійсно носить здебільшого концентрований характер, зосереджуючись значною мірою в уразливих групах.

Очевидно, саме впливом подібних стереотипів пояснюється більш високий рівень стигматизації людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, порівняно, наприклад, із людьми, що мають онкологічні захворювання. Адже об'єктивні передумови – високий рівень летальності, невиліковність цих хвороб засобами сучасної медицини та неможливість передачі захворювання побутовим шляхом – для цих двох захворювань є приблизно однаковими. Тобто джерелом походження стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, є не лише прагматичний страх цього захворювання, символічне асоціювання цієї хвороби із соціально несхвалюваним способом життя груп, для яких характерне значне розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Стигматизація й дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, мають багато інших наслідків. Зокрема, вони дуже впливають на самосвідомість людей із ВІЛ/СНІДом, викликаючи в них депресію, занижену самооцінку й відчай. Це ще називають інтеральною стигматизацією («самостигматизацією») або «внутрішньою стигматизацією», оскільки це зачіпає почуття власної гідності людини або групи людей. Проявом внутрішньої стигми науковці вважають відчуття власної неповноцінності, ненависті до себе, спроби довести свою перевагу перед представниками стигматизованої групи, нездатність будувати відносини з людьми поза чи всередині власної групи, відчуття безпорадності, відсутності контролю над ситуацією. Це все спричиняє розвиток депресії у ВІЛ-позитивних людей. Крім об'єктивних факторів, вагому роль серед причин стигматизації людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом відіграють також різного роду упередження: досить поширеними залишаються хибні уявлення про можливість інфікуватися ВІЛом побутовим шляхом.

Виходячи із цього, люди можуть уникати взаємодії з людьми з ВІЛом у повсякденному житті, побоюючись інфікуватися ВІЛом. Існує думка, що ВІЛ/СНІД є наслідком аморальної поведінки (безладних статевих зв'язків, вживання наркотиків тощо), своєрідним «покаранням» за неї, а тому ВІЛ-

позитивні люди самі винні у своїй хворобі і не заслуговують на співчуття. Свій внесок у розвиток стигматизуючого сприйняття людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, роблять також і науковці, які часто необдуманно використовують поняття «соціально небезпечні хвороби», підміняючи ним близький за значенням, але не тотожний термін «соціально значущі хвороби». Поняття «соціально небезпечні хвороби» сформувалося в епідеміології та соціальній медицині на позначення тих захворювань, які знаходяться на стадії некерованого розвитку і становлять загрозу для людського розвитку певної популяції – населення певного регіону або країни в цілому. Сам по собі цей термін є не досить вдалим, оскільки несе значне емоційно-оцінне навантаження, і мав би бути замінений більш нейтральним поняттям. Це – як максимум, а як мінімум – його варто використовувати лише в прямому значенні, не перетворюючи на метафору і не вживаючи у випадку, коли йдеться про ВІЛ/СНІД, туберкульоз, онкологічні захворювання, адже на сьогодні в Україні всі вони знаходяться на стадії соціально значущих хвороб, демонструючи тенденцію до зростання і спричиняючи негативні наслідки, але в той же час залишаючись під контролем.

Отже, подолання стигматизації та дискримінації повинно бути спрямовано на формування точного неупередженого розуміння людей, їхньої природи та причин, повинно зменшувати тривогу та почуття беззахисності в людей, а головне – повинно ґрунтуватися на повазі до особистості, її прав і свобод.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте сутність поняття «спеціальні групи клієнтів соціальної служби».
2. Яких клієнтів відносять до спеціальних груп клієнтів?
3. Дайте визначення поняттю «злочинність».
4. Назвіть види злочинності.
5. Окресліть основні критерії злочинності.
6. Дайте визначення поняттю «алкоголізм».
7. Охарактеризуйте фази алкоголізму.
8. Дайте визначення поняттю «наркоманія».
9. Назвіть причини наркоманії.
10. Назвіть шляхи передачі ВІЛ-інфекції.
11. Охарактеризуйте стадії ВІЛ-інфекції.
12. Розкрийте суть і зміст поняття «стигма».
13. Назвіть причини виникнення стигми.
14. Що є наслідками стигми та дискримінації?

### **Література до теми**

1. Соціальна робота: Навч. посібник, Ч.3: Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т. Семигіної та І. Григи. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 166 с.
2. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посібник / Тюптя Л.Т., Іванова І. Б. К.:Ун-т «Україна», 2004. 408 с.
3. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник / За ред. Т.В. Семигіної, І. І. Миговича. К.:Академвидав, 2005. 328 с
4. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, О.І. Янкович, З.П. Бондаренко, Т.Л. Лях; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка; Християн. дит. фонд. 2-ге вид., перероб. і доп. К.: ДЦССМ, 2004. 266 с.
5. Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Зб. наук, статей. К., 1998.
6. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкірєв. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.
7. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2.**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕЗАХИЩЕНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА З «ГРУПАМИ РИЗИКУ»**

#### **Тема 3. Соціальна робота з допризовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей**

1. Соціальна зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю.
2. Організація практичної соціальної роботи з військовозобов'язаними.
3. Основні проблеми військових та їхніх сімей.
4. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями (методи та засоби).

#### *Ключові поняття і терміни*

- допризовна молодь;
- призовна молодь;
- військовослужбовці<sup>4</sup>
- консультативні пункти;
- технології соціальної роботи з військовослужбовцями.

#### **1. Соціальна зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю.**

У мирний час призиваються до лав Української Армії придатні до служби за станом здоров'я і віком громадяни, яким до дня відправки у військові частини виповнилося 18 років (Закон України «Про загальний військовий обов'язок і військову службу»). Саме цей вік (18–20 років) вважається одним із надзвичайно складних і відповідальних у плані становлення особистості в процесі набуття молоддю особою соціального та професійного досвіду, адаптації та входження її в суспільне життя. Призов молоді людини до лав Збройних сил – докорінна зміна для неї звичайного середовища, порядку існування, відірваність від родини та близьких.

Молода людина, потрапляючи у військо, півтора року перебуває у вакуумі, ізоляції від зовнішнього світу, підпадає під вплив внутрішньовійськових як позитивних, так і часто негативних чинників. Це все супроводжується великими фізичними та моральними навантаженнями.

Виходячи з актуальності проблеми, програма соціальної роботи з військовозобов'язаною молоддю ставить за мету організацію надання допомоги призовникам та військовослужбовцям у вирішенні соціально-психологічних проблем шляхом надання інформаційних, психологічних і корекційних послуг. При цьому визначено домінантним індивідуальний адресний підхід та створення системи комплексного впливу на особистість.

Реалізація програми спрямована на вирішення таких **завдань**:

- зменшення кількості злочинів серед військовослужбовців, а також випадків ухиляння від проходження служби у Збройних силах;
- формування стереотипу поведінки допризовної молоді на усвідомлене проходження строкової служби у Збройних силах України;

– створення комплексної системи соціальної допомоги військовозобов’язаній молоді.

Діяльність програми спрямована на роботу з такими **категоріями клієнтів**:

– призовники – юнаки 18-ти років, які призиваються на дійсну строкову військову службу;

– військовослужбовці – особи офіцерського складу, прапорщики, мічмани, військовослужбовці строкової і надстрокової служби та військової служби за контрактом Збройних сил України;

– члени родин призовників та військовослужбовців – батьки, дружини, діти й інші близькі родичі призовників та військовослужбовців, а також опікуни й особи, які здійснюють піклування над призовниками;

– молодь, яка звільнилася зі Збройних сил України.

У роботі з військовослужбовцями строкової служби у військових частинах України психологи центрів соціальних служб для сім’ї, дітей і молоді виявили, що найбільш актуальними в їхньому середовищі є проблеми особистісного та емоційного характеру: емоційне напруження й особистісна тривожність; «приховані» конфлікти; відсутність навичок позитивного вирішення міжособистісних стосунків; психологічна несумісність; проблема адекватності самооцінки.

## **2. Організація практичної соціальної роботи з військовозобов’язаними.**

Практична соціальна робота з військовозобов’язаного молоддю переважно реалізується через діяльність консультативних пунктів при військових комісаріатах, військових частинах та під час проведення акцій «Психологічний десант» у військових частинах. Форми і методи соціальної роботи вибираються з урахуванням напрямів роботи, категорій молоді і потреб конкретних військових колективів на основі угод про спільну діяльність, що укладаються між ЦСССДМ та командуванням військових частин, військових комісаріатів.

Консультативний пункт при військових комісаріатах, військових частинах є спеціалізованим формуванням центрів соціальних служб для молоді, метою діяльності якого є надання соціальних послуг для призовної молоді.

*Завдання соціальної роботи* спеціалістів ЦСССДМ на консультативних пунктах при військкоматах передбачають:

– створення банку даних призовної молоді;

– проведення індивідуальних та групових діагностичних, профорієнтаційних консультацій з призовниками для визначення рівня психолого-професійної підготовки до військової служби;

– за результатами діагностичних досліджень психологи надають рекомендації до призовної комісії щодо психологічної готовності

призовників та військово-професійного визначення у військових майбутньої служби;

- надання індивідуальних консультацій та проведення бесід психолого-педагогічного, правового, профілактичного, інформаційного змісту з призовниками та їх батьками;

- проведення тренінгів, лекцій та бесід з призовниками (комунікативні, інформаційні, емоційні) з метою стимулювання адаптаційних можливостей призовників та зняття психологічної напруги;

- проведення соціологічних досліджень з метою вивчення ставлення, рівня сподівань та підготовленості призовників до військової служби;

- організація постійного листування з військовослужбовцями, які стоять на обліку в консультпунктах з метою психологічної підтримки і надання їм інформаційної допомоги («Пошта довіри»).

Робота соціальних працівників консультативних пунктів, що діють, при військових частинах, спрямована на надання соціально-медичної, психолого-педагогічної, правової, інформаційної допомоги, як військовослужбовцям строкової служби, так і офіцерам та членам їхніх сімей.

Соціальна робота консультативних пунктів при військових частинах здійснюється за такими **напрямами**:

- соціально-психологічна адаптація військовослужбовців строкової служби до умов проходження служби в Збройних силах, від цього стану роботи залежить проходження подальшої служби призовника;

- соціальна профілактика негативної поведінки військовослужбовців передбачає попередження аморальної, протиправної поведінки;

- соціально-психологічна реабілітація юнаків, які звільняються з лав Збройних сил;

- профілактика алкоголізму, куріння, наркоманії, ВІЛ/СНІДу під час проходження служби; правова освіта щодо висвітлення юридичних та соціальних пілг військовослужбовців під час служби і після її завершення.

У роботі консультпунктів наявна як *індивідуальна*, так і *групові* форми роботи, в яких практикується проведення бесід, тестів, рольових ігор, аутотренінгів, тренінгових занять, опитувань. При цьому слід зазначити, що проведення такої діяльності має бути систематичним.

Формою соціальної роботи з військово зобов'язаною молоддю є проведення «Психологічного десанту» – виїзду психологів ЦССМ у військові частини та їх підрозділи з метою надання комплексу соціальних послуг військовослужбовцям та членами їхніх сімей.

Варто відзначити, що, зазвичай, робота у військових частинах проводиться поетапно. Спочатку психологами розробляється загальний психологічний портрет частини, проводиться діагностична частина роботи із застосуванням психологічних методик, далі, відповідно до потреби, профілактично-корекційна робота, спрямована на покращення морально-психологічного клімату у військових підрозділах, гармонізацію міжособистісних стосунків, сприяння психологічному комфорту



військовослужбовців, згуртуванню військових колективів, зміцнення зв'язку з родинами, попередження прояву негативних явищ, станів, зняття психологічної напруги.

Аналіз результатів психологічних десантів, як основних форм соціальної роботи з військовослужбовцями, засвідчує, що робота психологів у військових частинах сприяє позитивним морально-психологічним змінам у військових колективах.

### **3. Основні проблеми військових та їхніх сімей.**

Особливу групу становлять проблеми учасників воєн і збройних конфліктів та їхня адаптація до мирного життя.

По-перше, особи, які отримали поранення чи, тим паче, втратили повністю здоров'я, працездатність, спроможність до соціального функціонування, не мають достатнього соціального забезпечення; вони і їхні сім'ї мають низку матеріальних, фінансових, житлових, медичних і соціальних проблем, влади на рішення яких вони самих, ні в держави у час бракує ресурсів.

По-друге, ці військовослужбовці, навіть ті, які одержали поранення у таких збройних конфліктах, є носіями так званого «посттравматичного стресового синдрому».

Психологічний стрес призводить до розвитку таких психосоматичних захворювань: виразки, гіпертонії, астми та ін. Найстрашніший хворобливий вплив на учасників таких війн надають відчуженість суспільства, розвінчання цілей і методів війни.

Сім'ї військових відчують усі проблеми, характерні для будь-яких сімей, але вони мають й власні труднощі. Так, сім'я військового строкової служби позбавляється його заробітку (нерідко основне джерело доходу), що за наявності дитини ставить сім'ю у важке матеріальне становище; виплачуване у разі посібник не покриває потреб змісту дитини.

### **4. Методи та засоби соціальної роботи з військовослужбовцями.**

Першочерговим етапом соціальної роботи з військовозобов'язаною молоддю є *соціально-психологічне вивчення особистості призовника*, він є важливою частиною підготовки призовника до військової служби і передбачає оцінку моральних якостей та суспільної активності військовослужбовця, мотивів його поведінки і діяльності, військово-професійної спрямованості, особливостей спілкування і поведінки в колективі та інших індивідуально-психологічних якостей, формування яких обумовлене, головним чином, процесом виховання і виконання визначених видів діяльності в суспільстві.

Соціально-психологічне вивчення особистості військовослужбовця проводиться спеціалістами ЦСССДМ, які працюють при військкоматах і призовних пунктах, і полягає у вивченні певних **якостей особистості**:

– *морально-вольові якості* (почуття громадського обов’язку, відповідальність, чесність, мужність, самовладання і витримка, дисциплінованість та інші);

– *військово-професійна спрямованість* (головні мотиви діяльності, професійні інтереси, схильності й захоплення);

– *особливості спілкування і поведінки в колективі* (колективізм, товариськість, лідерські схильності, організаторські та педагогічні здібності, скромність і доброзичливість, ступінь конфліктності та інше).

Робота із вивчення особистості військовослужбовця передбачає вирішення кількох важливих питань. Із цією метою використовуються різні **методи**:

1. **Аналіз документів** особової справи дозволяє отримати інформацію про біографічні дані, моральні та індивідуально-психологічні якості, військово-професійну спрямованість і загальноосвітню підготовленість військовослужбовця. Аналіз документів дозволяє визначити головні напрями подальшого, більш ретельного, виявлення індивідуальних особливостей військовослужбовця за допомогою інших методів соціально-психологічного вивчення і психофізіологічного обстеження.

2. Застосування методу **спостереження**. Це один із найбільш об’єктивних та надійних методів психології. Він дозволяє здійснювати цілеспрямоване і систематичне вивчення дій, вчинків, поведінки особистості в цілому, ставлення до служби і до різноманітних явищ навколишньої дійсності з метою викриття, реєстрації та аналізу тих фактів, які можуть характеризувати спрямованість, характер, здібності та інші індивідуально-психологічні якості молодої людини. Усі дані спостереження повинні записуватися, систематизуватися, оброблятися з урахуванням інформації, отриманої за допомогою інших методів.

3. З метою більш чіткого визначення основних проблем, з якими стикається допризовна молодь, її ставлення до служби в армії, аналізу напрямів патріотично-військового виховання молоді проводиться **анкетування** молоді допризовного віку. Питання в основному стосуються професійної спрямованості (мотивів, інтересів, захоплень), моральних і психологічних якостей особистості, стилю спілкування і поведінки та характерологічних особливостей.

4. **Біографічний метод**. Головними джерелами біографічного методу є: офіційні біографічні документи (характеристики, автобіографії тощо); практичні результати діяльності; автобіографічні дані.

Основними компонентами інтерпретації біографічного матеріалу є:

– виявлення факторів розвитку даної людини (середовище розвитку власної діяльності людини та ін.);

– виявлення індивідуальних фаз життєвого шляху; аналіз структури факторів у кожній фазі;

– виявлення зв’язку між фазами індивідуального розвитку людини.

**5. Орієнтовна анкета** – опитування, орієнтоване на визначення основних видів спрямованості людини:

- особистої, тобто спрямованості на себе, коли має місце перевага мотивів особистого благополуччя, прагнення до лідерства, престижу;
- колективістської, тобто спрямованості людини на взаємні дії, коли вчинки людини визначаються потребою у спілкуванні, прагненням підтримувати гарні відносини з товаришами по роботі;
- ділової, тобто спрямованості на завдання, відображає перевагу мотивів, породжених самою діяльністю, захопленням процесом діяльності, безкорисливе прагнення до знань, до оволодіння новими навичками і вміннями.

**6. Психодіагностичні методики**, спрямовані на визначення основних властивостей особистості людини:

- вивчення рівня самоконтролю;
- визначення ціннісних орієнтацій особистості;
- оцінки комунікативних і організаторських схильностей (КОС-КОР);
- визначення типу поведінки особистості в конфліктній ситуації;
- визначення тенденцій поведінки особистості в групі.

**7. Індивідуальна співбесіда.** Це один із найбільш діючих методів вивчення особистості і, як правило, він є заключним етапом соціально-психологічного вивчення військовослужбовця. Бесіда є цілеспрямованим засобом вивчення військовослужбовців і потребує певних умов і відповідної методики проведення. Однією з перших умов високої ефективності бесіди є ретельна підготовка до її проведення. Бесіда дає більше користі, якщо до її початку відомі: сімейний стан молодої людини, деякі особливості поведінки, схильності й захоплення, найбільш виражені здібності.

Окрім роботи консультаційних пунктів при військкоматах, спеціалісти ЦСССДМ проводять роботу з допризовною молоддю і призовниками в школах, професійно-технічних училищах, технікумах, на збірних пунктах.

**Напрями та форми** такої роботи такі:

- правова освіта молоді (лекції «Військові обов’язки», «Закон і служба в Збройних силах», «Права військовослужбовців у військовому статуті» тощо);
- підвищення ефективності військово-патріотичного виховання допризовної молоді (зустрічі юнаків з ветеранами Великої Вітчизняної війни, учасниками бойових дій тощо);
- активізація особистісних інтересів (організація ігор КВК між командами шкіл і військових частин);
- висвітлення питань роботи з призовниками та військовослужбовцями у молодіжних радіопередачах, пресі тощо.

**Адаптація до військової служби.** Протягом служби військовослужбовець неодноразово переживає критичні періоди, сутність яких залежить від зміни потреб і спонукань, що рухають поведінкою людини і визначають її ставлення до нового соціуму. Відбувається переоцінка

цінностей особистості. Такі періоди є цілком закономірні. Командуючому складу військових частин необхідний аналіз того, наскільки адекватно військовослужбовці переживають та усвідомлюють критичні моменти і наскільки активно індивід пристосовується до умов соціального середовища.

Одним із методів вивчення рівня адаптації різних категорій військовослужбовців до умов армійського життя, що використовується спеціалістами ЦСССДМ, є анонімне **опитування** цільових груп. Опитування може проводитись у формі самозаповнення анкет:

- для новобранців («Проблема адаптації молодого поповнення»);
- для військовослужбовців I і II періодів служби;
- для солдатів та сержантів;
- для солдатів та сержантів («Стан морально-психологічної підготовки солдатів і сержантів строкової служби у з'єднанні (частині)»);
- для членів сімей військовослужбовців «Соціально-правова захищеність військовослужбовців та членів їхніх сімей у з'єднанні (частині) та заходи щодо її посилення»).

Обробка результатів опитування дозволяє визначити основні проблеми та негаразди, які турбують військовослужбовців, а саме: прояви нестатутних взаємин, рівень військової підготовки, ставлення офіцерів до виконання своїх обов'язків, рівень задоволення умовами життя і відпочинку тощо. Результати опитування доводяться до керівництва військовою частиною, що має сприяти поліпшенню умов проходження військової служби молоді, усуненню негативних явищ у колективі. Діяльність щодо адаптації військовослужбовців до умов проходження військової служби є досить довготривалим процесом (від 2 до 7 місяців). Перший її етап передбачає проведення загальної діагностики особистості солдата на визначення готовності до проходження ним строкової служби та контролю за процесом адаптації до неї, а саме: особистісних якостей, емоційно-вольової сфери, пізнавальних властивостей. Водночас за отриманими результатами з числа військовослужбовців визначаються групи ризику, з якою в подальшому проводиться індивідуальна робота, та формуються групи для корекційної роботи з метою налагодження спілкування в колективі, зняття психологічної напруги, сприяння згуртованості команди, сприяння особистісному росту тощо.

Одним із напрямів роботи з військовослужбовцями є надання соціально-психологічної підтримки в адаптації до військової служби. Оптимально ця робота може здійснюватися під час проведення соціально-психологічних тренінгових занять, що сприяє розвитку рефлексії і конструюванню процесу спілкування у військовослужбовців строкової служби на стані адаптації.

Тренінгові програми щодо адаптації молодого поповнення до військової служби мають вміщувати такі моменти:

- адаптація нового поповнення до військової служби;
- навички конструктивного спілкування;

– згуртування військового колективу.

***Визначення соціально-психологічного клімату в колективі.***

Соціально-психологічний клімат – стійкий психічний настрій, що виявляється у ставленні людей один до одного, до спільної справи. До показників соціально-психологічного клімату відносять також самопочуття особистості в колективі, ставлення до самого себе як до члена колективу.

В умовах військового колективу формування соціально-психологічного клімату окремих груп і військової частини в цілому має важливе значення, оскільки цей чинник безпосередньо впливає на самопочуття і рівень бойової підготовки військовослужбовців. Вирішальним чинником формування стосунків у колективі є позиція командира стосовно підлеглих, рівень вміння командного складу впливати на формування стосунків у військовому колективі.

Враховуючи специфіку військових взаємин: певну ізольованість від суспільства, підпорядкованість підлеглих керівництву, чітку регламентацію стосунків тощо, визначення рівня задоволеності людини від належності даному колективу – це можна розглядати як основний критерій успішної адаптації молодшої людини до військового колективу, формування доброзичливих стосунків між військовослужбовцями.

Діяльність спеціалістів ЦСССДМ щодо вивчення соціально-психологічного клімату військового колективу стосується двох напрямів діагностики: взаємин військовослужбовців між собою; командирів і підлеглих різного рівня. Саме на визначення цих двох позицій спрямовані психодіагностичні методики, що використовуються в практичній роботі з військовослужбовцями:

- вивчення міри задоволення людини від приналежності даному колективу;
- вивчення соціально-психологічного клімату в колективі;
- оцінка морально-психологічного клімату взводу або роти.

***Аналіз причин грубих порушень у підрозділі, частині.*** Умови життя і спілкування у військових частинах мають специфічний характер. Молода людина, потрапляючи у військо, півтора року перебуває в ізоляції від зовнішнього, звичного, оточення, підпадає під вплив внутрішньовійськових, нерідко негативних або неприйнятних для неї, чинників. Це все супроводжується великими фізичними та моральними навантаженнями.

Важкий психологічний стан, в якому опиняється військовослужбовець строкової служби, врешті-решт може призвести до непередбачених наслідків: формування позастатутних відносин, суїцидальних вчинків, втечі з військових частин. Діагностика причин, які спонукають військовослужбовців до порушення військової дисципліни, що базується на результатах опитування різних категорій військовослужбовців, спрямована саме на виявлення негативних чинників, які провокують тактику поведінки військовослужбовців, що дозволяє провести корекцію умов армійського життя з метою зменшення ризику порушень у подальшому:

- анкета для виявлення військовослужбовців, потенційно спроможних залишити частину;
- анкета для всіх солдатів і сержантів;
- анкета для тих, хто вже самовільно залишав частину;
- анкета для військовослужбовців, які відбувають покарання у дисциплінарному батальйоні за ухилення від військової служби;
- анкета для військових, які припустилися нестатусних взаємостосунків;
- анкета з проблем викорінювання нестатусних взаємин в армії.

Результати опитування дозволяють визначити основні причини порушень у військових частинах і спроектувати соціальну роботу у військовій частині на усунення причин.

**Профілактика суїцидальних проявів.** Проблема самогубств існує її Збройних силах вже давно. У військовому середовищі існує багато подій, які можуть ініціювати суїцидальні роздуми і навіть спроби суїциду. Це можуть бути учбові тривоги, марші, навчання, інші учбові бойові завдання, пов'язані з раптовою напругою фізичних і духовних сил. Деякі військовослужбовці в таких випадках особливо гостро відчують свою професійну невідповідність, слабкість, безвихідь. Вони приховують свої почуття від товаришів по службі, соромляться попросити в них підтримки, замикаються в собі, шукають спроби відволікатися від своїх думок і переживань. Але стрес не проходить, а, навпаки, посилюється, службові обов'язки виконуються все гірше, помилки і прорахунки стають більш серйозними і тяжкими. Із цією метою пропонується структура програми профілактики суїцидальних проявів:

- виявлення групи суїцидального ризику;
- орієнтація командування підрозділу у вирішенні проблеми профілактики суїциду;
- оптимізація позитивної спрямованості, емоційних факторів середовища та життєдіяльності;
- формування переконаності у вищій цінності людського життя, у принциповому подоланні перешкод;
- проведення психологічних та психопрофілактичних заходів;
- виявлення і вирішення суїцидогенних ситуацій;
- індивідуальна бесіда з військовослужбовцями, включеними до суїцидогенних ситуацій;
- допомога у подоланні перешкод, вирішення суперечностей.

Кваліфіковану допомогу щодо більш глибокого вивчення клієнта можуть дати медичні працівники. Проводячи амбулаторні прийоми, постійно спілкуючись з усім особовим складом, військовий лікар має можливість систематично спостерігати за поведінкою солдатів і матросів строкової служби, відзначати їхні особливості і виявляти їхні причини або інші відхилення в їхній поведінці.

Багато потрібних даних можна отримати завдяки листуванню з батьками, зі школою, підприємствами, військкоматами. Достовірність методики підвищується завдяки розширенню джерел інформації і способів вивчення особистості.

Обов'язковою складовою роботи з профілактики суїцидальних проявів серед громадян є профілактична бесіда, необхідність якої виникає з моменту виявлення клієнтів, які перебувають у передсуїцидальному стані.

Для запобігання спроби самогубства важливо вчасно встановити з особою, яка потрапила у біду, людяний, довірливий контакт, вступити у товариське спілкування.

Бесіди з клієнтом, який перебуває у стані психологічної кризи, справа дуже тонка, специфічна і потребує старанної попередньої підготовки.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Проаналізуйте соціальну зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю.
2. Охарактеризуйте діяльність консультативних пунктів при військових комісаріатах.
3. У чому полягають завдання соціальної роботи спеціалістів ЦСССДМ в консультативних пунктах при військкоматах?
4. За якими напрямками здійснюється соціальна робота консультативних пунктів при військових частинах?
5. Проаналізуйте основні проблеми військових та їхніх сімей.
6. Назвіть методи вивчення особистості військовослужбовця соціальним працівником.

### **Література до теми**

1. Зверєва І.Д. Соціальна робота з дітьми і молоддю (теоретико-методологічні аспекти). / І.Д. Зверєва, І.В. Керецман, О.І. Пічкарь. Ужгород: УжНУ, 2000. Ч.1. 192 с.
2. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-метод. посіб. К.: УДЦССМ, 2001. 220 с.
3. Робота з клієнтами соціальних служб / Під ред. З.Г. Зайцева, Житомир: Екосфера, 1994. 117 с.
4. Думко Ф.К. Підготовка курсантів до роботи з неблагополучними сім'ями. Одеса: Астропринт, 2002. 168 с.
5. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
6. Секретна І.В. Робота з призовною молоддю та військовослужбовцями // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2003. №4. С. 162–169.
7. Технології соціальної роботи в різних сферах життєдіяльності : Навч. посібн. / за ред. П. Д. Павльонка. М., 2009.

#### Тема 4. Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення

1. Показники матеріальної забезпеченості населення.
2. Соціальний захист малозабезпеченого населення.
3. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.

##### *Ключові поняття і терміни*

- *малозабезпеченість;*
- *доходи населення;*
- *прожитковий мінімум;*
- *мінімальна заробітна плата;*
- *малозабезпечена сім'я;*
- *соціальний захист малозабезпеченого населення;*
- *матеріальна допомога;*

#### **1. Показники матеріальної забезпеченості населення.**

Характеристикою матеріального становища населення є **доходи та забезпеченість майном.**

**Доходи** населення оцінюються за: системою національних рахунків (СНР); річним балансом грошових доходів і витрат населення; вибірковими обстеженнями умов життя домогосподарств. У СНР наводиться механізм утворення первинних доходів, їхній розподіл та перерозподіл, а також використання доходів. Доходна частина балансу грошових доходів та витрат населення складається з таких статей:

- оплата праці та доходи від підприємницької діяльності;
- виручки від продажу продуктів сільського господарства;
- пенсії та допомоги;
- стипендії;
- доходи від продажу іноземної валюти тощо.

Вибіркові обстеження умов життя домогосподарств проводяться в Україні методом тріступеневого 0,5 відсоткового відбору за територіальним принципом. Обстеження здійснюється щоквартально, кожне відібране домогосподарство обстежується протягом двох тижнів за квартал.

За програмою вибірових обстежень встановлюють основну статистичну характеристику матеріального добробуту населення – сукупні ресурси домогосподарств. Вони складаються з двох частин: *загальні доходи та використані заощадження, позики та повернені борги.*

**Загальні доходи**, у свою чергу розподіляються на *грошові та натуральні* надходження (у вартісній оцінці). **Грошові доходи** є основною частиною загальних доходів і включають: оплату праці; доходи від підприємницької діяльності; доходи від власності; доходи від продажу сільгосппродукції; доходи від продажу майна; пенсії, стипендії, аліменти; грошові допомоги. **Натуральні надходження** у вартісній оцінці складаються з вартості спожитої продукції, вартості допомоги (продовольчими товарами), пільг та субсидій.



На підставі даних вибіркового обстеження населення та домогосподарств обчислюються середні та відносні показники, що вивчаються статистикою бюджету сімей.

До **середніх показників матеріального добробуту** населення відносяться:

- середньомісячний грошовий дохід на душу населення (розраховується діленням загального розміру грошових доходів за місяць на середню чисельність населення);
- середньомісячна номінальна заробітна плата (розраховується діленням нарахованого місячного фонду праці на середньомісячну чисельність робітників та службовців);
- середньомісячна реальна заробітна плата (розраховується діленням номінальної заробітної плати на індекс споживчих цін).

**Відносними показниками життєвого рівня населення є:**

- співвідношення середнього розміру призначених пенсій за віком та середньомісячної заробітної плати;
- порівняння середнього розміру місячних пенсій за віком з мінімальним розміром пенсії та ін.

Динаміка середньомісячної номінальної та реальної заробітної плати та призначення місячних пенсій вивчається за допомогою індексів.

Середні показники доходів населення порівнюються зі встановленими в країні стандартами: *прожитковим мінімумом; межею малозабезпеченості; розміром доходу, який надає право отримання допомоги.*

**Прожитковий мінімум** – це вартісна межа набору продуктів харчування, достатніх для нормального функціонування організму людини, а також мінімального набору непродовольчих товарів і послуг.

#### **Прожитковий мінімум на одну особу в розрахунку на місяць у 2020 році**

Категорія населення	Розмір прожиткового мінімуму (грн.) за періодами		
	01.01.2020 – 30.06.2020	01.07.2020 – 30.11.2020	01.12.2020 – 31.12.2020
Діти віком до 6 років	1779	1859	1921
Діти віком від 6 до 18 років	2218	2318	2395
Працевдатні особи	2102	2197	2270
Особи, які втратили працевдатність	1638	1712	1769
Загальний показник	2027	2118	2189

Відповідно до ст. 7 Закону «Про держбюджет на 2020 рік розмір прожиткового мінімуму на одну особу в розрахунку на місяць становить в

розмірі з 1 січня **2020** року – 2027 гривень, з 1 липня – 2118 гривень, з 1 грудня – 2189 гривень, а мінімальна заробітна плата – 4723 грн.

Частка населення з доходами нижче за прожитковий мінімум є показником рівня бідності.

### **Калькулятор розрахунку допомоги малозабезпеченим сім'ям у 2020 році**

За основу візьмемо сім'ю з 5 осіб: матір (інвалід), батько і троє дітей (2, 5 і 14 років).

Для визначення розміру соцдопомоги малозабезпеченим насамперед необхідно розрахувати прожитковий мінімум для сім'ї (величина ПМ на конкретну дату наведена в таблиці вище). Для цього береться прожитковий мінімум для кожного члена сім'ї і множиться на встановлений коефіцієнт, який, відповідно до ст. 9 ЗУ «Про державний бюджет України на 2020 рік», становить: для працездатних осіб – 25% (раніше був 21 відсоток), для дітей – 85% (з 1 січня) та 130% (з 1 липня), для осіб, які втратили працездатність (у тому числі інвалідів та пенсіонерів) – 100 відсотків відповідного ПМ.

Виходячи з вищесказаного, гарантований мінімум на 2020 рік для розрахунку допомоги у зв'язку з малозабезпеченістю наступний:

– **для працездатних:** з 1 січня – 525,50 грн., з 1 липня – 549,25 грн., з 1 грудня – 567,50 грн.;

– **для дітей до 6 років:** з 1 січня – 1512,15 грн., з 1 липня – 2416,70 грн., з 1 грудня – 2497,30 грн.;

– **для дітей 6–18 років:** з 1 січня – 1885,30 грн., з 1 липня – 3013,40 грн., з 1 грудня – 3113,50 грн.;

– **для непрацездатних:** з 1 січня – 1638 грн., з 1 липня – 1712 грн., з 1 грудня – 1769 гривень.

Таким чином, гарантований мінімум для нашої сім'ї на період з 01.07.2020 до 30.11.2020 складе:

– для дитини 2 років ( $1859 \times 130\%$ ) + 20% надбавка за інвалідність матері = 2900 грн. 04 коп;

– для дитини 5 років ( $1859 \times 130\%$ ) + 20% надбавка за інвалідність матері = 2900 грн. 04 коп;

– для дитини 14 років ( $2318 \times 130\%$ ) + 20% надбавка за інвалідність матері = 3616 грн. 08 коп;

– для працездатних осіб (в нашому випадку – батько) 549 грн. 25 коп. ( $2197 \times 25\%$ );

– для непрацездатних громадян (мати-інвалід) 1712 гривень.

Розраховуємо прожитковий мінімум сім'ї: **549,25** (батько) + **1712** (мати) + **2900,04** (дитина 2 роки) + **2900,04** (дитина 5 років) + **3616,08** (дитина 14 років) = **11677,41 гривень**.

Обчислюємо фактичний середньомісячний дохід сім'ї відповідно до методики, затвердженої Міністерством соціальної політики України. Для цього проводиться підсумовування всіх видів доходу, отриманих сім'єю за попередні півроку перед зверненням за допомогою. Отриману величину

ділимо на 6 і, таким чином, визначаємо середньомісячний сукупний дохід родини.

Припустимо, заробіток батька за кожен з останніх шести місяців становив **4723 гривні** (мінімальна заробітна плата), матері – **1712 грн.** (пенсія з інвалідності). До того ж, на молодшого з дітей сім'я отримує щомісячну допомогу по народженню в розмірі **860 гривень**. Таким чином, середньомісячний бюджет сім'ї становить **7221 гривню**, що менше суми прожиткового мінімуму на сім'ю.

Визначаємо розмір соціальної допомоги малозабезпеченій сім'ї: **11677,41 грн. – 7221 грн. = 4456 гривень 41 копійка**. До того ж не варто забувати, що держава доплачує по 250 грн. на кожну дитину віком до 13 років і по 500 грн. на дітей від 13 до 18 років. Таким чином, сума допомоги по малозабезпеченості становить: **4456,41 грн. + 250 грн. + 250 грн. + 500грн. = 5456 гривень 41 копійка**.

*Максимальний розмір допомоги з урахуванням надбавок на кожну дитину, що входить до складу малозабезпеченої сім'ї, не може бути більшим за прожитковий мінімум для сім'ї.*

Доходи в розрахунку на одне домогосподарство обчислюються за такими **показниками**: середньомісячними грошовими доходами та середньомісячними сукупними ресурсами (діленням загальної суми сукупних ресурсів на відібрану кількість домогосподарств) в цілому та окремими джерелами надходжень. Ці показники подаються по Україні в цілому, а також за областями і містами.

Крім охарактеризованих доходів населення, його матеріальний добробут оцінюється також забезпеченістю майном та житлом.

Забезпеченість майном визначається обсягом накопичених товарів тривалого користування в розрахунку на 100 домогосподарств. Забезпеченість житлом характеризується розміром загальної (житлової) площі, що припадає на одного мешканця, і розраховується діленням відповідної площі житла (м<sup>2</sup>) на середньорічну чисельність постійного населення.

Матеріальне становище населення характеризується не тільки доходами, а й витратами та споживанням матеріальних благ. Статистика оцінює розмір сукупних витрат домогосподарств (населення) за їхніми складовими:

- грошовими витратами;
- вартістю спожитих натуральних надходжень, пільг і субсидій.

У свою чергу, грошові витрати складаються зі споживчих витрат (витрати на придбання продовольчих і непродовольчих товарів та оплату послуг) і неспоживчих витрат (витрати на особисте підсобне господарство, допомога родичам та іншим особам, купівля нерухомості, будівництво житла, заощадження, аліменти та ін.).

За результатами вибіркового спостереження статистичними органами обчислюються: середні душеві грошові витрати населення за місяць,

модальний та медіанний місячні рівні грошових витрат та інші характеристики.

Для оцінки матеріального добробуту населення використовують також показники споживання матеріальних благ.

**Споживання матеріальних благ** – це використання населенням товарів та послуг для задоволення особистих та колективних потреб.

До показників споживання матеріальних благ відносять загальний фонд споживання товарів і послуг та середньодушовий рівень їхнього споживання (загальний фонд споживання, ділений на середньорічну чисельність наявного населення). Обидва показники подаються у вартісній та натуральній формах у середньому за місяць.

## **2. Соціальний захист малозабезпеченого населення.**

Допомога малозабезпеченим сім'ям призначається і виплачується у грошовій формі малозабезпеченим сім'ям, які постійно проживають на території України, мають середньомісячний сукупний дохід, нижчий від прожиткового мінімуму для сім'ї.

Прожитковий мінімум для сім'ї – визначена для кожної сім'ї залежно від її складу сума прожиткових мінімумів, розрахованих та затверджених відповідно до Закону України «Про прожитковий мінімум» для осіб, які відносяться до основних соціальних і демографічних груп населення.

**Малозабезпечена сім'я** – це сім'я, яка з поважних або незалежних від неї причин має середньомісячний сукупний дохід, нижчий від прожиткового мінімуму для сім'ї. Право сім'ї на цю допомогу залежить не лише від доходів, але і від її майнового стану, зайнятості працездатних членів сім'ї та інших факторів. Ця допомога призначається відповідно до закону «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» та Постанови Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2003 р. № 250 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям».

До складу сім'ї при визначенні права на допомогу включаються:

- чоловік, дружина;
- рідні, усиновлені та підопічні діти цих осіб віком до вісімнадцяти років, а також діти, які навчаються за денною формою навчання у професійно-технічних, вищих навчальних закладах I–IV рівнів акредитації до досягнення двадцяти трьох років і які не мають власних сімей;
- неодружені повнолітні діти, які визнані інвалідами з дитинства I та II груп або інвалідами I групи і проживають разом з батьками;
- непрацездатні батьки чоловіка та дружини, які проживають разом з ними і перебувають на їхньому утриманні у зв'язку з відсутністю власних доходів;
- особа, яка проживає разом з самотнім інвалідом I групи і здійснює догляд за ним;

– жінка та чоловік, які проживають однією сім'єю, не перебувають у шлюбі, але мають спільних дітей.

При цьому до складу сім'ї включаються незалежно від місця проживання (перебування) або реєстрації діти, які навчаються за денною формою навчання у професійно-технічних, вищих навчальних закладах II–V рівнів акредитації до досягнення двадцяти трьох років і не мають власних сімей.

Водночас до складу сім'ї не включаються особи, які перебувають на повному державному утриманні.

Призначення і виплата соціальної допомоги здійснюється управліннями праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації уповноваженого представника малозабезпеченої сім'ї.

У сільській місцевості заяви з необхідними документами для призначення соціальної допомоги приймають виконавчі органи сільських і селищних рад та здійснюють їхню передачу відповідним органам праці та соціального захисту населення. Зазначені виконавчі органи можуть визначати уповноважену особу для прийняття документів.

Допомога також може бути призначена і виплачена за місцем фактичного проживання уповноваженого представника сім'ї за умови подання довідок про склад сім'ї і про неотримання такої допомоги в органах праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації.

У разі, коли повнолітні члени сім'ї, яка звернулася за призначенням соціальної допомоги, фактично проживають разом, але зареєстровані за різними адресами, уповноважений представник сім'ї додає до заяви довідки про склад сім'ї та про неотримання такої допомоги в органах праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації.

Потрібно зазначити, що у цьому випадку рішення про призначення соціальної допомоги приймається органами праці та соціального захисту населення на підставі обстеження матеріально-побутових умов сім'ї, яке проводиться соціальними інспекторами цих органів, зі складенням акта за формою, затвердженою Мінсоцполітики.

Для отримання допомоги потрібно подати заяву, де дається згода сім'ї на збір інформації про неї, про її власність, доходи та майно. До заяви про надання державної соціальної допомоги додаються:

- документ, що посвідчує особу;
- довідка про склад сім'ї;
- декларація про доходи та майно осіб, які входять до складу сім'ї (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім'ї);
- довідка про наявність та розмір земельної частки (паю).

Потрібно зазначити, що в декларацію не включаються державна соціальна допомога, призначена відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям»; нарахована субсидія за спожиті житлово-комунальні послуги; сплачені членами сім'ї аліменти.

Допомога малозабезпеченим сім'ям призначається на півроку і через шість місяців сім'я знову повинна підтвердити своє право на виплати.

Для призначення соціальної допомоги на наступний строк уповноважений представник сім'ї подає заяву і декларацію про доходи та майно. Довідка про склад сім'ї поновлюється лише у разі змін у складі сім'ї або в разі, коли між поданням заяви на призначення соціальної допомоги на наступний строк та припиненням виплати раніше призначеної соціальної допомоги минуло більше календарного місяця.

У наданні державної соціальної допомоги може бути відмовлено, а виплата призначеної допомоги може бути припинена у випадках, коли:

- працездатні члени малозабезпеченої сім'ї не працюють, не служать, не навчаються у вищих навчальних закладах I–IV рівнів акредитації та професійно-технічних навчальних закладах з денною формою навчання протягом трьох місяців, що передують місяцю звернення за призначенням соціальної допомоги;

- під час обстеження матеріально-побутових умов сім'ї з'ясовано, що малозабезпечена сім'я має додаткові джерела для існування, незазначені у декларації про доходи та майно;

- особи, які входять до складу малозабезпеченої сім'ї, протягом 12 місяців перед зверненням за наданням соціальної допомоги здійснили покупку земельної ділянки, квартири (будинку), автомобіля, транспортного засобу (механізму), будівельних матеріалів, інших товарів довгострокового вжитку тощо, на суму, яка на час звернення перевищує 10-кратну величину прожиткового мінімуму для сім'ї;

Рішення про призначення державної соціальної допомоги у таких випадках приймається органами соціального захисту населення на підставі обов'язкового обстеження матеріально-побутових умов сім'ї, яка звернулася за призначенням такої допомоги.

- у власності чи володінні малозабезпеченої сім'ї є друга квартира (будинки), за умови, що загальна площа житла перевищує 21 квадратний метр на одного члена сім'ї та додатково 10,5 квадратного метра на сім'ю, чи більше одного автомобіля, транспортного засобу (механізму).

Виплата раніше призначеної соціальної допомоги припиняється:

- якщо сім'єю приховано або навмисно подано недостовірні дані про її доходи та майновий стан, що вплинули на встановлення права на соціальну допомогу і визначення її розміру, внаслідок чого були надміру виплачені кошти, з місяця, в якому виявлено порушення;

- у разі переїзду сім'ї в іншу місцевість та настання обставин, що унеможливають виплату соціальної допомоги (зокрема, смерть одиної особи), – з місяця, що настає за місяцем, в якому відбулися зміни;

- за заявою уповноваженого представника сім'ї – з місяця, що настає за місяцем її подання, якщо інше не обумовлено заявою.

**Розмір допомоги** – це різниця між рівнем забезпечення прожиткового мінімуму для сім'ї (встановлюється щорічно законом про державний

бюджет) та її середньомісячним сукупним доходом, але не може бути більшим ніж 75 % від рівня забезпечення прожиткового мінімуму для сім'ї.

Середньомісячний сукупний дохід сім'ї визначається згідно з методикою обчислення сукупного доходу сім'ї для всіх видів соціальної допомоги, що затверджується Мінпраці, Мінекономіки, Мінфіном, Держкомстатом і Держкомсім'ямолоддю.

Розмір соціальної допомоги визначається з урахуванням рівня забезпечення прожиткового мінімуму. Рівень забезпечення прожиткового мінімуму для різних категорій осіб кожного разу визначається законом про бюджет на відповідний рік.

Для кожної дитини (крім дитини-інваліда), яка входить до складу малозабезпеченої сім'ї, рівень забезпечення прожиткового мінімуму збільшується на 10 %, а для кожної дитини-інваліда, яка входить до складу малозабезпеченої сім'ї, для кожної дитини, яка утримується матір'ю (батьком, усиновителем), що не перебуває у шлюбі, і запис про батька (матір) цієї дитини у Книзі реєстрації народжень провадиться в установленому порядку за вказівкою матері (батька), для кожної дитини, в якій один або обоє батьків є інвалідами I або II групи, на 20 %.

### **3. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.**

Територіальний центр соціального обслуговування через свої структурні підрозділи надає такі види соціальних послуг:

– соціально-побутові послуги – забезпечення продуктами, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, сприяння у забезпеченні засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів, ремонт одягу та взуття, перукарські послуги тощо;

- психологічні послуги;
- соціально-педагогічні послуги;
- соціально-медичні послуги;
- соціально-економічні послуги;
- юридичні послуги;
- інформаційні послуги.

Територіальний центр приймає в структурні підрозділи на обслуговування осіб, які потребують сторонньої допомоги, із числа:

– громадян похилого віку (жінки та чоловіки, яким виповнилося, відповідно, 55 та 60 років), інвалідів (яким виповнилося 18 років і старше); хворих (із числа осіб працездатного віку на період до встановлення їм групи інвалідності, але не більше чотирьох місяців), які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги, визнаних такими в порядку, затвердженому МОЗом (далі – непрацездатні громадяни);

– громадян, які знаходяться у складній життєвій ситуації у зв'язку з безробіттям, зареєстровані в державній службі зайнятості як такі, що

шукають роботу, стихійними лихами, катастрофами (і мають на своєму утриманні неповнолітніх дітей, дітей-інвалідів, осіб похилого віку, інвалідів), якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї цих осіб за останні шість місяців, що передують місяцю звернення, нижче встановленого законодавством прожиткового мінімуму (далі – малозабезпечені особи).

Малозабезпечені особи для отримання соціальних послуг звертаються до місцевого органу праці та соціального захисту населення із заявою.

У разі необхідності та за згоди непрацездатного громадянина або малозабезпеченої особи комісія у складі не менше 3-х осіб із числа працівників територіального центру проводить обстеження матеріально-побутових умов проживання з метою визначення додаткової потреби в матеріальній та натуральній допомозі (додаток 5).

У випадку, якщо особа, яка потребує соціальних послуг, за віком або за станом здоров'я неспроможна самотійно прийняти рішення про необхідність їх надання, таке рішення може прийняти опікун чи піклувальник.

На кожного громадянина, прийнятого на обслуговування до територіального центру, заводиться особова справа, яка містить заяву, медичний висновок (крім відділення організації надання грошової та натуральної допомоги), документи, що підтверджують право непрацездатних громадян та малозабезпечених осіб на отримання соціальних послуг (соціальне обслуговування) та соціальну допомогу. Формування, облік та зберігання особових справ здійснюється відділенням, в якому громадянин обслуговується постійно.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Що є характеристикою матеріального становища населення?
2. За чим оцінюються доходи населення?
3. Що відноситься до середніх показників матеріального добробуту населення?
4. Що є відносними показниками життєвого рівня населення?
5. Розкрийте суть поняття «прожитковий мінімум».
6. Проаналізуйте прожитковий мінімум на одну особу в розрахунку на місяць у 2020 році.
7. Розкрийте суть поняття «малозабезпечена сім'я».
8. Хто включається до складу сім'ї при визначенні права на допомогу ?
9. Назва установи, яка призначає і виплачує соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям.
10. Які документи необхідні для отримання матеріальної допомоги?
11. На який термін виплачується матеріальна допомога?
12. В яких випадках допомога не призначається?
13. Розкрийте суть поняття «розмір допомоги».
14. Наведіть приклад розрахунку допомоги малозабезпеченим сім'ям у 2020 році.



## Література до теми

1. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
2. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
3. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. 424 с.
4. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкірев. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.
5. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С.Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.
6. Соціальна робота з різними групами клієнтів : навчальний посібник / [уклад. : Т.Д. Кочуей, О. М. Бойко]. Умань : ФОП Жовтий О.В., 2016. 278.
7. Міщенко Т. Право малозабезпеченої сім'ї на державну підтримку. *Соціальний захист*. 2001. № 8. С. 28–33.
8. Соціальний робота з різними групами клієнтів / Уклад. Ревнюк Н.І. Умань : Жовтий О.О., 2014. 116 с.

## Тема 5. Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями

1. Поняття «інвалідність» та його види.
2. Соціальні заклади й стаціонарні установи по роботі з інвалідами.
3. Напрямки роботи з людьми, які мають фізичні чи психологічні вади.
4. Реалізація соціальних заходів на різноманітних рівнях.

### Ключові поняття і терміни

- *інвалід*;
- *інвалідність*;
- *особи з обмеженими можливостями*;
- *класифікація відхилень у здоров'ї*;
- *типологія інвалідності*.

### 1. Поняття «інвалідність» та його види.

На початку XVIII ст. у слов'янських мовах починає вживатися слово «інвалід» (від фр. – безсилий, слабкий, важкопоранений), яке до кінця XIX ст. мало значення «той, хто відслужив, заслужений воїн, непристосований до служби через каліцтво, поранення, старість».

До сьогодні в Україні немає єдиного терміна стосовно осіб, які мають фізичні та психічні відхилення у здоров'ї. Так, у засобах масової інформації, спеціальній літературі вживаються поняття: інвалід; особи з обмеженими

функціональними можливостями; люди з обмеженою дієздатністю; люди з особливими потребами; особи з вадами розвитку.

**Інвалід** – особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідками травми або дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту.

**Інвалідність** – це обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у суспільство та брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, щой інші члени суспільства.

Є багато класифікацій відхилень у здоров'ї та розвитку. Однією з найпоширеніших є британська тризіркова шкала обмежених можливостей:

- недуга – втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність;

- обмежена можливість – втрата здатності (унаслідок наявності дефекту) виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини;

- недієздатність – наслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

#### **Види відхилень у здоров'ї:**

1) *фізичні*: тимчасові або постійні відхилення у розвитку і (або) функціонуванні органу (органів) людини, хронічні соматичні захворювання, інфекційні захворювання;

2) *психічні*: тимчасові або постійні відхилення у психічному розвитку людини (порушення мови; пошкодження мозку; порушення розумового розвитку; затримка психічного розвитку; психопатії);

3) *складні*: поєднання фізичних і психічних відхилень (дитячий церебральний параліч тощо);

4) *важкі*: поєднання фізичних і психічних відхилень, за яких оволодіння освітою в обсязі державних стандартів є неможливою (ідіотія, аутизм тощо).

Інвалідність може мати різні причини і ступінь вияву. У таблиці 2 наведено типологію інвалідності.

Таблиця 2

#### **Типологія інвалідності**

Класифікаційна ознака	Групи інвалідності	Види порушення здоров'я
Причини інвалідності	Інваліди з дитинства	ДЦП, сліпота, глухота, розумова відсталість, вроджені вади серця тощо
	Інваліди за хворобою	Ураження вегетосудинної, ендокринної, шлункової та інших систем організму

	Інваліди праці	Обмеження життєдіяльності внаслідок професійних захворювань чи травм на роботі
Ступінь мобільності	Мобільні	Захворювання вегетосудинної, ендокринної, видільної, нервової та інших систем організму
	Маломобільні	Хворі на церебральний параліч, сліпоглухонімі, особи з ураженням кінцівок та ін.
	Нерухомі	Особи з пошкодженням спинного мозку, кістково-м'язової системи

## 2. Соціальні заклади й стаціонарні установи по роботі з інвалідами.

Соціальне обслуговування в стаціонарних установах соціального обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг громадянам, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, та забезпечує створення відповідних їхньому віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, соціального характеру, харчування і догляд, а також організацію посиленої трудової діяльності, відпочинку та дозвілля.

**Стаціонарне** соціальне обслуговування громадян похилого віку та інвалідів здійснюється в *стаціонарних установах (відділеннях) соціального обслуговування, профільованих у відповідності з їхнім віком, станом здоров'я та соціальним становищем.*

**До стаціонарних установ** соціального обслуговування належать *будинки-інтернати для престарілих та інвалідів, психоневрологічні інтернати, дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей, будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами.*

У стаціонарні установи приймаються громадяни похилого віку (жінки старше 55 років. чоловіки старше 60 років) й інваліди (у тому числі діти-інваліди), які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують за станом здоров'я постійного догляду і спостереження, причому законодавство не містить будь-яких обмежень щодо влаштування в стаціонарні установи для громадян похилого віку та інвалідів залежно від наявності у них працездатних дітей або батьків, зобов'язаних за законом їх утримувати.

Залежно від категорії обслуговуваних **стаціонарні установи можна класифікувати** наступним чином:

- 1) стаціонарні установи загального типу;
- 2) психоневрологічні стаціонарні установи;
- 3) спеціальні стаціонарні установи.

Залежно від **віку** обслуговуються:

- 1) стаціонарні установи для дітей-інвалідів;

- 2) стаціонарні установи для інвалідів;
  - 3) стаціонарні установи для громадян похилого віку;
  - 4) стаціонарні установи для громадян похилого віку та інвалідів.
- Залежно від **термінів отримання** стаціонарних соціальних послуг:

1) стаціонарні установи, створювані для постійного цілодобового отримання стаціонарних послуг: це будинки-інтернати для престарілих та інвалідів, психоневрологічні інтернати, дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей, будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами;

2) стаціонарні установи, створювані для цілодобового отримання стаціонарних послуг на визначений строк: соціальні притулки для неповнолітніх.

Для дітей-інвалідів створюються дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей, будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами. Не допускається поміщення дітей-інвалідів з фізичними вадами в стаціонарні установи соціального обслуговування, призначені для проживання дітей з психічними розладами. Діти-інваліди поміщаються в стаціонарні установи за заявою їхніх батьків (законних представників).

Діти-інваліди раннього віку – до чотирьох років – приймаються в спеціалізовані будинки дитини, що перебувають у віданні органів охорони здоров'я.

У дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей приймаються діти-інваліди у віці від чотирьох до 18 років з аномаліями розумового розвитку. Прийому в дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей підлягають діти, які страждають хронічними психічними захворюваннями, які потребують за станом здоров'я догляду, побутового обслуговування, медичної допомоги згідно з Інструкцією. Інструкція містить перелік захворювань, при яких здійснюється прийом у дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей, а також протипоказання до направлення в такі будинки-інтернати. Так, показаннями до прийому в подібні будинки-інтернати є наступні захворювання: олігофренія в ступені імбецильності, ідіотії; розумова відсталість усіх ступенів, включаючи дебільність при наявності грубих порушень рухових функцій, які ускладнюють навчання в допоміжних класах відповідних спеціалізованих шкіл-інтернатів (не пересуваються без сторонньої допомоги, не обслуговують себе в силу тяжкості рухових порушень, що потребують індивідуального догляду); слабоумство після перенесених органічних уражень головного мозку та ін. Протипоказаннями до направлення в дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей є психічні захворювання, що супроводжуються грубими порушеннями потягу і розладами поведінки, небезпечними для самого хворого й оточуючих; будь-які психічні захворювання, при яких можливе навчання дитини у загальноосвітній школі або спеціалізованих установах освіти, та інші, передбачені Інструкцією.

У будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами приймаються діти-інваліди зі збереженим інтелектом і з порушенням опорно-рухового апарату, не пересуваються без сторонньої допомоги, не обслуговують себе в силу

тяжкості рухових порушень, що потребують індивідуального догляду. В основному це діти-інваліди, які страждають церебральними паралічами різної етіології, наслідками поліомієліту у відновному періоді та іншими захворюваннями, передбаченими Інструкцією.

Громадяни похилого віку та інваліди, які частково чи повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, з числа звільнених з місць позбавлення волі особливо небезпечних рецидивістів та інших осіб, за якими відповідно до чинного законодавства встановлено адміністративний нагляд, а також громадяни похилого віку та інваліди, раніше судимих або таких, які неодноразово притягувалися до адміністративної відповідальності за порушення громадського порядку, що займаються бродяжництвом і жебрацтвом, які прямують з установ органів внутрішніх справ, при відсутності медичних протипоказань та за їхнім особистим бажанням приймаються на соціальне обслуговування в спеціальні стаціонарні установи соціального обслуговування.

### **3. Напрямки роботи з людьми, які мають фізичні чи психологічні вади.**

З боку держави можна виділити напрямки, на базі яких організовується соціальна робота з дітьми-інвалідами:

Перший напрямок – **поглиблення усвідомлення**. Держава повинна здійснювати заходи для поглиблення усвідомлення у суспільстві щодо інвалідів, їхніх прав, потреб, можливостей та їхнього вкладу.

Другий напрямок – **медична опіка**. Держава повинна забезпечити інвалідам ефективну медичну опіку.

Третій напрямок – **реабілітація**. Держава повинна забезпечити інвалідам реабілітаційні послуги, щоб вони могли досягти і підтримувати оптимальний для себе рівень самостійності й життєдіяльності.

Четвертий напрямок – **служби підтримки**. Держава повинна забезпечити розвиток та забезпечення служб підтримки, включно з допоміжними пристроями для дітей-інвалідів, щоб сприяти зростанню рівня їхньої самостійності у повсякденному житті та користуванню правами.

П'ятий – **доступність**. Держава повинна визнавати першочергове значення доступності у процесі зрівняння можливостей у всіх сферах суспільства.

Шостий – **утримання та соціальний захист**. Держава відповідальна за надання дітям-інвалідам соціального захисту й утримання.

Сьомий – **родинне життя та права особи**. Держави повинні сприяти повній участі дітей-інвалідів у родинному житті. Вони повинні сприяти їхньому праву на особисте життя та забезпечувати, щоб закони не дискримінували інвалідів з огляду на статеві зносини, заміжжя та батьківство.

Восьмий – **культура**. Держава має забезпечувати залучення дітей з обмеженими можливостями до культурної діяльності та можливість брати у

ній участь на рівних підставах, а також вона має вживати заходів для забезпечення дітям-інвалідам рівних можливостей у відпочинку і спорті, заохочувати заходи щодо рівної співучасті у релігійному житті їхніх спільнот, брати на себе цілковиту відповідальність за збирання і поширення інформації щодо життєвих умов таких дітей та сприяти всебічним дослідженням, що визначають перешкоди, які впливають на рівень життя дітей з обмеженими можливостями.

Отже, напрямки організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами є динамічною системою, в ході якої здійснюється послідовна реалізація тактичних завдань, які постійно виникають при взаємодії з дитиною-інвалідом на шляху до досягнення мети – включення в суспільне життя. Провідні напрямки організації соціальної роботи із вказаною категорією дітей сьогодні формуються на законодавчому рівні, хоча і не виключають будь-які інші напрямки, що формуються на регіональному та локальному рівнях з метою допомоги дітям-інвалідам стати повноцінними членами суспільства.

#### **4. Реалізація соціальних заходів на різноманітних рівнях.**

Основу системи надання соціальних послуг інвалідам і системи соціального захисту становить мережа організацій та установ, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам.

##### **Міністерство праці і соціальної політики**

Напрями діяльності міністерства у сфері надання соціальних послуг інвалідам реалізуються згідно з Положенням про Міністерство праці і соціальної політики України № 1319 від 1 грудня 1997 р. Його зміст полягає у:

- розробці напрямів соціальної політики та проектів нормативно-законодавчих актів щодо організації соціального захисту;
- розробці цільових програм; забезпеченні спеціальними засобами пересування (виробництво, розподіл, контроль за реалізацією);
- забезпеченні інвалідів засобами протезування, індивідуальними механічними й електрифікованими засобами пересування і реабілітації;
- створенні спільно з Фондом соціального захисту інвалідів спільних підприємств для виготовлення згаданих вище засобів;
- забезпеченні інвалідів санаторно-курортним лікуванням;
- розвитку та зміцненні матеріально-технічної бази санаторіїв, упровадженні нових методів лікування;
- координації наукових досліджень з питань соціального захисту інвалідів, ветеранів війни і праці;
- організаційному забезпеченні працевлаштування та професійного навчання інвалідів, ветеранів війни та праці, створенні і розвитку відповідних спеціальних підприємств;
- координації діяльності органів соціального захисту населення з питань соціальної політики, надання методичної та практичної допомоги;

- контролі за наданням пільг населенню, передбачених чинним законодавством.

Соціальний захист осіб, які постраждали від Чорнобильської катастрофи: здійснення заходів соціального захисту осіб, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, розробка пропозицій про надання їм додаткових пільг та компенсацій; забезпечення виконання чинного законодавства та прийнятих урядом рішень стосовно соціального забезпечення і соціального захисту осіб, які постраждали від Чорнобильської катастрофи; вивчення проблем, пов'язаних із пенсійним забезпеченням громадян, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, надання їм пільг і компенсацій, надання необхідної методичної і практичної допомоги місцевим органам соціального захисту населення.

Соціальне обслуговування громадян похилого віку та інвалідів установами соціального захисту:

- розробка напрямів соціальної політики та проектів нормативно-законодавчих актів щодо розвитку різних форм соціального обслуговування одиноких непрацездатних громадян, громадян похилого віку й інвалідів;

- координація роботи органів соціального захисту щодо організації матеріально-побутового, культурного та медичного обслуговування непрацездатних громадян;

- розробка заходів щодо розвитку мережі установ соціального обслуговування населення (будинків-інтернатів, територіальних центрів тощо, підсобних господарств та лікувально-виробничих майстерень);

- методична і практична допомога місцевим органам соціального захисту населення щодо створення спеціалізованих служб надання соціальних та інших послуг громадянам похилого віку й інвалідам.

Соціальний захист на **обласному** рівні здійснюють *управління соціального захисту населення обласних державних адміністрацій*. Основні їхні функції визначаються Типовим положенням про управління соціального захисту населення обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 1996 р. № 60, яким передбачено:

- розвиток соціального забезпечення з метою задоволення потреб соціально незахищених громадян;

- створення системи адресної соціальної допомоги і підтримки малозабезпечених громадян і сімей з дітьми, які відповідно до законодавства мають право на її отримання;

- сприяння працевлаштуванню інвалідів, здійснення заходів щодо їхнього професійного навчання, забезпечення матеріально-побутового обслуговування інвалідів та пенсіонерів;

- здійснення контролю за наданням пільг громадянам, які відповідно до законодавства мають право на їх отримання;

- розширення і зміцнення матеріально-технічної бази закладів соціального захисту населення, розвиток мережі будинків-інтернатів для

громадян похилого віку й інвалідів, підвищення рівня обслуговування громадян, які перебувають у закладах соціального захисту;

- здійснення разом з установами місцевого самоврядування, управліннями і відділами державних адміністрацій та громадськими організаціями комплексних цільових програм, спрямованих на поліпшення соціального захисту інвалідів, ветеранів війни та праці, поліпшення обслуговування самотніх непрацездатних людей, громадян похилого віку, розвиток мережі територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та інвалідів і надомних форм обслуговування, будівництво спеціальних житлових будинків для цієї категорії населення;

- організація надання протезно-ортопедичної допомоги населенню і забезпечення інвалідів засобами пересування.

На **районному** рівні соціальний захист здійснюють *управління соціального захисту населення районної державної адміністрації*. Основні завдання та функції управлінь з роботи з інвалідами визначаються Типовим положенням про управління соціального захисту населення, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 26 квітня 1996 р. №461.

Напрями роботи:

- реалізація державної політики у сфері соціального захисту громадян на території району;

- правильне і своєчасне призначення й виплата встановлених законодавством державних пенсій та допомоги;

- забезпечення працевлаштування інвалідів, сприяння здобуттю ними освіти і кваліфікації, які відповідають їхнім здібностям і можливостям; здійснення разом з відповідними місцевими органами державної виконавчої влади й органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями комплексних програм поліпшення обслуговування інвалідів, одиноких непрацездатних громадян, а також громадян похилого віку та всебічний розвиток надомних форм їхнього обслуговування, здійснення контролю за наданням послуг із соціального захисту.

**Завдання і функції:**

- вирішення питань соціального захисту, надання пільг, субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг (у разі відсутності відповідного відділу державної адміністрації) ветеранам війни і праці та інвалідам;

- призначення державних пенсій та допомог, перерахунок раніше призначених пенсій та допомоги, видача пенсійних посвідчень;

- підготовка пропозицій місцевим радам щодо встановлення нормативів робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, разом з відповідними державними органами і громадськими організаціями здійснення працевлаштування інвалідів, сприяння створенню виробництв, цехів і дільниць, призначених для використання їхньої праці, професійно-технічного навчання та перекваліфікації інвалідів, перевірка на підприємствах, в установах і організаціях усіх форм власності умов праці



інвалідів та можливість використання їх на роботі згідно з трудовими рекомендаціями медично-соціальної експертної комісії, направлення інвалідів для навчання у навчальних закладах сфери соціального захисту населення;

- організація матеріально-побутового обслуговування інвалідів, ветеранів війни та праці, ведення обліку й видання інвалідам та пенсіонерам путівок на санаторно-курортне лікування, забезпечення інвалідів транспортними засобами в установленому порядку;

- аналіз стану надання встановлених законодавством пільг соціально незахищеним громадянам, здійснення комплексних програм, заходів соціальної підтримки; створення мережі й організація роботи територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та інвалідів, відділень денного і стаціонарного перебування та надання соціальної допомоги їм вдома, центрів соціальної реабілітації, магазинів, пунктів харчування малозабезпечених громадян та інших підприємств комунально-побутового обслуговування, у тому числі з наданням платних послуг, спеціальних житлових будинків з комплексом служб соціально-побутового й медичного призначення, контроль якості та своєчасності надання послуг щодо соціального захисту;

- ведення обліку осіб, які потребують влаштування до будинків-інтернатів для громадян похилого віку й інвалідів, оформлення необхідних документів для їхнього влаштування до цих закладів, надання допомоги в організації роботи будинків-інтернатів (пансіонатів), розташованих на території району;

- забезпечення надання адресної цільової грошової і натуральної допомоги малозабезпеченим громадянам, а також допомоги сім'ям з дітьми;

- здійснення в установленому порядку компенсаційних виплат малозабезпеченим громадянам;

- внесення відповідно до чинного законодавства пропозицій щодо встановлення піклування над повнолітніми дієздатними особами, які за станом здоров'я потребують догляду;

- проведення обліку осіб, які потребують протезно-ортопедичної допомоги, і сприяння їм у протезуванні;

- сприяння громадським, релігійним організаціям, благодійним фондам, окремим громадянам у наданні соціальної допомоги ветеранам, інвалідам та громадянам похилого віку.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть понять «інвалід», «інвалідність».
2. Назвіть види відхилень у здоров'ї.
3. Які класифікаційні ознаки лежать в основі типології інвалідності?
4. В яких закладах здійснюється соціальне обслуговування громадян похилого віку та інвалідів?

5. Які заклади належать до стаціонарних установ соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів?

6. Як класифікують стаціонарні установи соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів?

7. Окресліть напрямки роботи з людьми, які мають фізичні чи психологічні вади.

8. У чому полягає зміст діяльності Міністерства праці і соціальної політики у сфері надання соціальних послуг?

9. Якими установами соціального захисту здійснюється соціальне обслуговування громадян похилого віку та інвалідів?

### **Література до теми**

1. Білоус В. М. Технологія надання соціальних послуг для осіб з обмеженими можливостями (на прикладі Луганської області). *Соціальна педагогіка: теорія і практика*. 2009. №2. С. 77.

2. Богданов С. Соціальний захист інвалідів: Український та польський досвід / Наук. ред. О. Палій. К.: Основи, 2002, 93 с.

3. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів. К.: Всеукр. громад.-політ. об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України», 2005. Вип. 3. 248 с.

4. Зверєва І.Д. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера. *Практ. психологія та соц. робота*. 2002. № 6. С.33–46.

5. Капська А. Й., Пеша І. В. Соціальний супровід різних категорій сімей та дітей. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 232 с.

6. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера / Під заг. ред. І. Д. Зверєвої. К.: Наук, світ, 2002. 55 с.

7. Соціальна робота: Короткий енцикл. словник / Соціальна робота. Кн. 4. К.: ДЦССМ. С. 194–197.

8. Тюття Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. С. 338–380.

### **Тема 6. Соціальна робота з людьми похилого віку**

1. Старість і старіння як соціальні феномени.

2. Сутність принципів щодо людей похилого віку (ООН, 1991).

3. Особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку.

4. Територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян і відділення соціальної допомоги вдома.

5. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід.

### *Ключові поняття і терміни*

- *старість;*
- *старіння;*
- *геронтологія;*
- *геронтогенез;*
- *похилий вік;*
- *геріатричний пансіонат;*
- *територіальний центр соціального обслуговування.*

## **1. Старість і старіння як соціальні феномени.**

### *Біосоціальна сутність старіння і старості*

**Старість** – заключний період вікового індивідуального розвитку (онтогенезу), що настає закономірно. **Старіння** – руйнівний процес, що протікає в результаті наростаючої з віком дії зовнішніх і внутрішніх факторів, що ушкоджують і призводять до недостатності фізіологічних функцій організму.

Період старіння часто називають геронтогенезом (грец. *geron* – стара людина, і *genesis* – походження). Більшість дослідників вважає, що починається вона з 60 років і триває до смерті. Міжнародна класифікація виокремлює такі періоди геронтогенезу:

- похилий вік (для чоловіків 60–74 роки, для жінок 55–74 роки )
- старечий вік (75–90 років )
- вік довгожителів (90 років і старші ).

Стратегічним завданням соціальної роботи, здатної «втрутитися» у біосоціологію старості, є подолання синдрому передчасного (патологічного, прискореного) старіння, що характеризується раннім розвитком вікових змін чи більш яскравим їхнім проявом у той чи інший віковий період.

Основним показником демографічного старіння суспільства є чисельність груп населення у віці до 19 років і більше 60 років. Демографічна старість настає тоді, коли частка осіб, які відносяться до першої групи, нижче 30%, а частка осіб, які відповідають другій групі, перевищує 15% від загального числа людей у суспільстві (за шкалою Дж. Сандберга).

Головну роль у процесі старіння населення відіграє зниження рівня народжуваності, бо чим менше народжується дітей, тим згодом більш значною стає частка людей старшого віку. Демографічне старіння, у цьому розумінні, – зворотне явище: «омолодження» населення настає при підвищенні народжуваності, коли в структурі суспільства збільшується частка дітей і молоді, а частка людей старшого віку відповідно зменшується. Із цієї точки зору сучасна цивілізація знаходиться у стані старіння:

- змінилася вікова структура населення і процеси природного руху – народження і смерть;
- з'явилася модель «нульового росту», у якій відбита стабілізація чисельності населення при наявності змін у його структурі;
- у деяких країнах позначилися депопуляційні явища (зменшення чисельності населення) і явища радикальних змін у співвідношенні

чисельності трьох основних груп населення (допродуктивного, продуктивного і післяпродуктивного віку).

Стратегія соціальної роботи, яка враховує процеси соціально-демографічного старіння населення, заперечує думку про те, що старі люди нібито є для суспільства тягарем. Ця думка неспроможна, принаймні, через дві основні причини. Перша (економічна) полягає в тому, що кожна людина, яка працює, вже у віці 30–35 років повертає суспільству всі засоби, витрачені на її освіту, а протягом наступних 20–30 років професійного життя вона створює «надлишки», частину яких суспільство повертає їй у вигляді пенсії та інших соціальних послуг (більш за те, пенсіонери, як правило, не можуть спожити всієї створеної ними раніше частки продукції, оскільки шанс прожити 20 років після виходу на пенсію мають далеко не всі). Друга (морально-гуманістична) полягає в тому, що ставлення до людей літнього віку як до людей, «які віджили своє», людей, «які не мають цінностей», є варварським, відверто цинічним і жорстоким.

Таким чином, процес демографічного старіння вимагає перегляду основ організації діючих соціальних служб у напрямках соціального захисту й опіки старих людей.

## **2. Сутність принципів щодо людей похилого віку (ООН, 1991).**

Практична соціальна робота з літніми і старими людьми полягає в тому, щоб зробити роки життя людини в цьому віці гідними й благополучними. На п'ятдесятій сесії Генеральної Асамблеї ООН у березні 1995р. для підготовки і проведення Міжнародного року літніх людей (1999р.) виділені додаткові принципи, що об'єднані в п'ять груп.

1. Принципи групи **«незалежність»** мають на увазі, що літні і старі люди повинні мати доступ до основних благ і обслуговування, можливість працювати чи займатися іншими видами діяльності, що приносить прибуток, брати участь у визначенні термінів припинення трудової діяльності, зберігати можливість участі в програмах освіти і професійної підготовки, жити в безпечних умовах з урахуванням особистісних схильностей і стану, що змінюється, одержувати сприяння в проживанні в домашніх умовах доти, поки це можливо.

2. Принципи групи **«участь»** відбивають питання залучення людей похилого віку до життя суспільства й активної участі в розробці і здійсненні політики, яка торкається їхнього добробуту, можливість створювати рухи чи асоціації осіб літнього віку.

3. Принципи групи **«відхід»** торкаються проблеми забезпеченості доглядом і захистом з боку родини, громади, доступу до медичного обслуговування з метою підтримки чи відновлення оптимального стану й попередження захворювання, доступу до соціальних і правових послуг, користування послугами піклувальних установ та обов'язкового дотримання в соціальних установах прав людини й основних свобод, включаючи повагу достоїнства, переконань, нестатків і особистого життя, а також права приймати рішення щодо догляду якості життя.

4. Принципи групи **«реалізація внутрішнього потенціалу»** закликають до того, щоб літні і старі люди мали можливості для всебічної реалізації свого потенціалу, щоб їм завжди був відкритий доступ до суспільних цінностей в галузі освіти, культури, духовного життя й відпочинку.

5. Принципи групи **«достойнство»** торкаються питання недопущення експлуатації, фізичного і психічного насильства стосовно людей похилого віку, забезпечення їм прав на справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової чи етнічної приналежності, інвалідності або іншого статусу, а також незалежно від їхнього трудового внеску.

Перераховані принципи орієнтовані на те, щоб допомогти особам старшого покоління вести повнокровне й плідне життя, забезпечити їм умови, необхідні для підтримки чи досягнення задовільної якості життя.

### **3. Особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку.**

**Будинок-інтернат системи соціального захисту** – стаціонарна соціально-медична установа для постійного проживання громадян похилого віку, ветеранів війни і праці, інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового й медичного обслуговування.

**Завданнями** будинку-інтернату є: матеріально-побутове забезпечення громадян похилого віку та інвалідів, створення для них сприятливих умов життя, наближених до домашніх, організація догляду, надання їм медичної допомоги, здійснення заходів, спрямованих на соціально-трудову реабілітацію, організація раціонального й дієтичного харчування з урахуванням їхнього віку та стану здоров'я, забезпечення інвалідів і старих, які того потребують, протезуванням і немоторними засобами пересування, проведення культурно-масової роботи.

До будинків-інтернатів приймають на повне державне забезпечення громадян похилого віку (жінок з 55 років, чоловіків з 60 років) та інвалідів I і II груп старших 18 років.

Пенсіонерів у будинках-інтернатах забезпечують одягом, взуттям, м'яким інвентарем, чотириразовим харчуванням. В усіх будинках-інтернатах є медпункти, ізолятори, карантинні кімнати, які обладнані необхідною медичною апаратурою та інструментарієм.

З метою соціальної адаптації і трудової реабілітації людей похилого віку при стаціонарних установах створено лікувально-виробничі майстерні. Для організації трудової реабілітації громадян похилого віку та інвалідів і для поліпшення харчування літніх людей при будинках-інтернатах функціонують підсобні сільські господарства, які за рахунок власного виробництва забезпечують від 60 до 100 % потреби інтернатних установ в основних продуктах харчування – м'ясі, молоці, овочах, картоплі.

#### **4. Територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян і відділення соціальної допомоги вдома.**

Практично в кожному місті та районі функціонують територіальні центри соціального обслуговування, які опікуються непрацездатними громадянами. Вони обслуговують понад 402 тис. осіб, у тому числі 36 тис. інвалідів війни. Органи праці та соціального захисту населення обслуговують близько 260 тис. самотніх інвалідів, з них майже 137 тис. отримують послуги в територіальних центрах.

Територіальний центр соціального обслуговування є спеціальною установою, яка надає послуги громадянам похилого віку та самотнім непрацездатним громадянам, спрямований на підтримання їхньої життєдіяльності та соціальної активності.

Територіальні центри мають у своїй структурі:

- відділення соціальної допомоги вдома, відділення соціально-побутової реабілітації;
- відділення гуманітарної та благодійної допомоги; відділення організації харчування;
- відділення денного перебування;
- лікувально-оздоровчий комплекс;
- відділення медично-соціальної реабілітації;
- стаціонарне відділення для постійного або тимчасового проживання;
- спеціальні житлові будинки для самотніх непрацездатних громадян;
- лікувально-виробничі майстерні, спеціальні цехи, дільниці, підсобні сільські господарства, у тому числі на госпрозрахунковій основі;
- дієтичні їдальні.

Територіальний центр утримують за рахунок коштів, виділених з місцевого бюджету на соціальний захист населення, інших надходжень, у тому числі у вигляді прибутку від діяльності підсобних сільських господарств, спеціальних цехів і дільниць центру, а також коштів благодійних фондів, пожертвувань тощо.

**Напрямки роботи територіального центру:**

- якісне надання різних видів (до 40) побутових, медично-соціальних послуг громадянам похилого віку відповідно до висновків лікарів про ступінь втрати здатності до самообслуговування;
- придбання та доставка товарів з магазину або ринку за рахунок обслуговуваних громадян, приготування їжі, доставка гарячих обідів, годування, у тому числі у пунктах харчування, їдальнях тощо; виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів, відвідування хворих в закладах охорони здоров'я, здійснення лікувально-оздоровчих, профілактичних заходів та соціально-психологічної реабілітації, госпіталізація, консультування у лікарів та інших спеціалістів;

– створення умов для посиленої праці, у тому числі навчання і трудової перекваліфікації громадян похилого віку;

– надання платних послуг через пункти побуту (хімчистка, прання білизни, ремонт одягу, взуття і побутової техніки, перукарські послуги тощо);

– оплата платежів;

– обробіток присадибних ділянок;

– оформлення документів на санаторно-курортне лікування, влаштування до будинку-інтернату, будинку для ветеранів тощо;

– організація надання різних видів протезно-ортопедичної допомоги;

– оформлення замовлень та організація контролю за своєчасним і якісним обслуговуванням підприємствами торгівлі, громадського харчування, побуту, зв'язку, службами житлово-комунального господарства, закладами культури, колективними сільськогосподарськими підприємствами тощо;

– встановлення і підтримання зв'язків з підприємствами, установами та організаціями, де колись працювали підопічні, для надання їм допомоги.

Соціальна робота з людьми похилого віку в Україні прирівнюється до соціальної роботи на рівні помічника соціального працівника в соціальних службах розвинених країн світу. За своїм характером вона є малопrestiжною і низькооплачуваною. Робота із людьми пізнього віку дорослості завжди вважалася і вважається, на думку спеціалістів соціальної сфери і науковців, однією із найтяжчих як у фізичному, так і в психологічному плані. Нині більшість співробітників соціальної сфери (лікарі, медичні сестри, адміністрація, керівний та обслуговуючий персонал) вимушені працювати зі старими людьми через певні життєві обставини, а не внаслідок справжнього професійного покликання. У той час, коли за кордоном створюються вищі навчальні заклади для людей похилого віку, є розгалужена система рекреаційних і реабілітаційних закладів для цієї категорії населення, у нашій державі основна увага приділяється підтримці нормального життєвого рівня громадян похилого віку на рівні виживання.

## **5. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід**

Традиційно в більшості західних країн виділяють різні типи закладів, призначених для надання послуг такій соціальній групі, як – люди похилого віку. У деяких країнах, наприклад у **Франції**, для цієї групи використовують додаткову класифікацію: люди похилого віку (без специфікації), люди похилого віку автономні, люди похилого віку залежні (від догляду). Однією із найпоширеніших моделей надання соціальних послуг людям похилого віку є *Денний центр для людей похилого віку (або Денний центр для людей похилого віку та дорослих з проблемами фізичного здоров'я)*, діяльність якого є подібною до діяльності ТЦ в Україні.

Основною *метою* діяльності такого Центру є створення безпечного середовища для людей, що знаходяться в ситуації ризику, оскільки більшу частину часу вони проводять на самоті у власних помешканнях.

Основні *завдання*, які виконують такі центри, стосуються забезпечення спілкування, подолання ізоляції та самотності, допомоги в підтримці стосунків з громадою, подоланні бар'єрів, що ускладнюють можливості для взаємодії з іншими людьми, залучення самих клієнтів до планування заходів Центру, щоб послуги відповідали їхнім інтересам та бажанням. Їхня діяльність, програми та Положення про діяльність (regulation) визначаються на рівні штату, але при наданні послуг вони керуються Стандартами, розробленими Національною асоціацією надавачів послуг дорослим у денних центрах (National Adult Day Services Association (NADSA)), як, наприклад, у США (хоча чи використовують організації стандарт, залежить від власного рішення, оскільки далеко не всі з них мають достатньо ресурсів, щоб завершити процес ліцензування).

У таких Центрах отримувачам послуг пропонують участь у різноманітних реабілітаційних вправах, іграх, що сприяють підтримці чи покращенню певних функцій (дрібною моторики рук, покращенню пам'яті, зору, збереженню рухової активності тощо), заняття з арт-терапії, лекції на теми, що цікавлять отримувачів соціальних послуг, зокрема на теми підтримки здоров'я, харчування при певних захворюваннях. Організуються зустрічі з цікавими людьми, представниками місцевої влади, святкування особистих подій отримувачів послуг тощо. Також заходи можуть стосуватися спільного відвідування закладів культурного призначення, наприклад у формі екскурсій. Деякі з Центрів можуть укладати договори з відповідними фахівцями та пропонувати своїм отримувачам послуги перукаря, масажиста та спеціалістів з педикюру/манікюру за умови, що мають спеціально обладнані приміщення. Тут можуть пропонувати другий сніданок чи обід залежно від часу перебування отримувачів у Центрі.

Центри можуть мати і програми з надання послуги догляду вдома. Як правило, персонал Центру та його чисельність залежить від наявних програм та кількості клієнтів, що отримують послуги, їхніх потреб. До персоналу Центру, як правило, належать його директор, директори кожної програми та її персонал, соціальний працівник, медична сестра (доцільно зауважити, що в західних країнах медична сестра має вищий статус і повноваження, ніж медична сестра в Україні, оскільки може ставити діагноз, робити лікувальні призначення тощо). Якщо йдеться про центри з великою кількістю клієнтів, то тут може працювати водій, секретар та бухгалтер та ін.

Усі працівники, залучені до надання послуг, мають відповідну освіту, а ще, як у багатьох країнах, відповідні ліцензії, що надають їм право працювати з певною групою отримувачів соціальних послуг. Окремо варто згадати участь значної кількості волонтерів в організації надання послуг, причому дехто з них самі люди літнього віку.

Що стосується тих працівників Центрів, які надають послуги з догляду вдома (home aid). (під програмою в цьому контексті можна розуміти



діяльність відділень в ТЦ, оскільки ці поняття дуже схожі, а їхні функції є частиною діяльності соціального робітника в Україні), то, наприклад, за результатами дослідження, проведеного у США, більш ніж 4/5 опитаних брали участь у тренінговому навчанні під час прийому на роботу (initial training) перш ніж почати працювати.

Професійне навантаження в більшості Центрів складає 4–6 отримувачів соціальних послуг на одну особу персоналу, але при визначенні навантаження до уваги також береться важкість стану отримувачів.

Як правило, в європейських країнах такі Центри фінансуються з місцевих бюджетів громади, пожертв та за рахунок оплати послуг самими отримувачами. Плата, що вноситься самими отримувачами соціальних послуг, є мінімальною й може складати від 3 до 7 євро на місяць, залежно від часу перебування в Центрі. Окремо може вноситися плата за обід, яка може складати 1 євро.

У США середня плата за користування послугами Денних центрів складає близько 65 \$ на день, але ця сума відрізняється залежно від місця проживання отримувача і переліку послуг, які надаються (оскільки сюди може включатися плата за харчування, транспорт, послуги медичної сестри тощо). Однак багато організацій надають послуги згідно з диференційованою шкалою. Це означає, що отримувач соціальних послуг вносить плату відповідно до його доходів та можливості сплачувати за послуги.

Багато таких Центрів утримуються громадськими організаціями чи фондами. Тоді вони можуть отримувати часткове фінансування від місцевої влади на надання якоїсь спеціальної послуги чи на утримання Центру. Управління Центрами передбачає наявність Громадського комітету чи ради. До їхнього функціонування, як правило, залучається велика кількість волонтерів, серед яких можуть бути і родичі отримувачів соціальних послуг.

Процедура оформлення для надання послуг у таких Центрах є дуже простою, вона часто навіть не передбачає оцінку потреб. Основним критерієм є вік понад 60 років, але пріоритетом користуються ті особи, що страждають на хворобу Альцгеймера, втрату пам'яті, відсутність догляду впродовж дня тощо. Бажаючі повинні заповнити заяву та відповідну форму, яку можна отримати в Департаменті у справах людей похилого віку, в місцевого соціального працівника чи знайти на сайті Центру. Документи можна відправити поштою, надати особисто чи передати іншою особою. Уповноважений працівник розглядає їх у визначений термін (може становити 7–14 днів) і телефонує заявнику, інформуючи його про умови, можливості, плату за послуги тощо. Багато Центрів, як і Департаментів з надання соціальних послуг, зустрічаються з проблемою наявності черги (waiting list), яка включає бажаючих отримувати послуги, але для їх надання на час звернення бракує ресурсів.

Допомога з догляду вдома є найбільш поширеною моделлю надання послуг людям похилого віку та людям з обмеженими фізичними можливостями. Вона передбачає персональний догляд (він надається немедичним

працівником) та неважку домашню роботу, яка може включати також приготування їжі за додаткову плату.

Для отримання цієї послуги необхідно подати заяву та заповнити відповідну форму. Отримавши їх, соціальний працівник відповідного Департаменту, відповідальний за роботу з догляду вдома, відвідує заявника вдома та проводить оцінку потреб. Після цього він подає документи на розгляд відповідної ради чи комісії, що збирається раз на два тижні, яка й приймає рішення про надання такої послуги.

Для отримання цієї послуги потенційний отримувач має ознайомитися з процедурою її надання та укласти відповідну угоду, де вказується тривалість надання послуги. Допомога з догляду вдома може бути також короткотерміновою, коли йдеться про необхідність замінити неформального доглядача через хворобу, відрядження, відпустку чи інші обставини.

Іншими поширеними послугами є послуга з ремонту, яка передбачає залучення електрика, сантехніка, столяра, а також послуга з вантаження та перевезення вантажів. Ці послуги можуть надаватися на безоплатній чи платній основі, а отримувач послуг сплачує їхню вартість безпосередньо майстру на підставі документа про виконану роботу. Матеріали для ремонту, як правило, оплачуються замовником, але спеціаліст з ремонту може їх купувати самостійно й забезпечувати доставку.

Також пропонуються послуги, що передбачають як підбір та установку додаткового обладнання та пристосувань, що полегшують функціонування отримувачів послуг, так і навчання їхнього використання. Це може бути установка поручнів для ванної, туалету, зміна висоти меблів, різноманітні пристосування, що повертають людині можливість бути незалежною в здійсненні повсякденних функцій. Популярними у європейських країнах стають послуги з догляду з використанням телефонних мереж, що передбачає встановлення спеціальних пристроїв, оснащених великою кнопкою, натиснувши яку, абонент може зв'язатися із центром телефонної допомоги (Telecare), який після надходження дзвінка відрядить працівника для надання допомоги.

Специфічною послугою багатьох Центрів є консультування, надання підтримки та навчання неформальних доглядачів (родичів, близьких), які здійснюють догляд за особами похилого віку та особами з обмеженими можливостями. Цей вид діяльності доцільно було б проводити й у вітчизняних ТЦ, створивши для цього відповідну методичну базу та організувавши навчання працівників.

У **Чеській Республіці** особам похилого віку та дорослим з фізичними обмеженнями пропонуються такі послуги:

– *Соціальне консультування*, у процесі якого надається необхідна інформація, здійснюється спрямування до закладів – надавачів необхідних послуг, де отримувачам пропонується широкий спектр можливостей для задоволення їхніх потреб. Зазвичай, соціальне консультування є частиною усіх видів соціальних послуг, але воно може бути і незалежною послугою.

Особливістю соціального консультування є те, що воно завжди надається на безоплатній основі.

– *Догляд вдома* передбачає допомогу особам з обмеженими можливостями в забезпеченні харчуванням, веденні домашнього господарства, у вирішенні інших питань, пов'язаних з особистим доглядом та організацією побуту. Ця послуга надається отримувачам вдома, і вони можуть частково чи повністю сплачувати її вартість.

– *Персональна допомога* / послуги персонального асистента, що надається людям з обмеженими можливостями (через хворобу, старечий вік, інвалідність) у сфері персонального догляду, відвідуванні публічних місць, організації побуту, контактів з родичами, громадою тощо. Отримувачі соціальних послуг можуть частково чи повністю сплачувати її вартість. Ця послуга є дуже поширеною.

– *Догляд для надання відпочинку доглядальникам*, що передбачає допомогу членам сім'ї, які здійснюють довготривалий догляд за особою з інвалідністю чи особою літнього віку. Послуга надається на час перебування доглядача на роботі, у відпустці чи під час виконання ним інших видів діяльності поза межами дому. Ці послуги можуть надаватися вдома чи у спеціальних резидентних закладах (короткотерміновий, до 3-х місяців, догляд у стаціонарному закладі). Отримувачі соціальної послуги можуть частково чи повністю сплачувати її вартість.

– *Центр денного догляду та центр тижневого догляду*, що призначені для осіб, які мають обмежені можливості для самообслуговування вдома та ведення домашнього господарства і не можуть вести повсякденне життя без сторонньої допомоги. Передбачається перебування отримувачів соціальних послуг у Центрі протягом дня або частини дня. Також можливе надання тимчасового проживання. Отримувачі можуть частково чи повністю сплачувати вартість послуги.

Варто зазначити, що у західних країнах багато послуг, призначених для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, стосуються організації різних форм проживання в громаді (підтримане проживання / проживання з підтримкою). Це може бути організація проживання в помешканні (квартирі), пристосованого для однієї особи (однокімнатна квартира) відповідно до її потреб, чи для двох осіб (двокімнатна квартира), а також організація проживання в помешканні з посиленням медичним наглядом, у хоспісах. У деяких країнах (як – от Франція) діють спеціалізовані центри допомоги та відпочинку для тих, хто здійснює догляд за особами похилого віку, де так само, як у стаціонарному відділенні ТЦ, створено умови для тимчасового перебування.

Поширеними є послуги з надання захищеного проживання для осіб похилого віку, які потребують підтримки. *Захищене проживання* – це один із багатьох термінів, які використовуються для визначення моделі довготривалої підтримки незалежного проживання в захищеному оточенні. Наприклад, у **Великій Британії** захищене проживання надається у звичайних будинках чи квартирах, але їхньою особливістю є те, що особа має

безбар'єрний доступ до свого житла, що робить повсякденне життя зручним і дозволяє бути самостійним, незалежним від сторонньої допомоги. Приміщення також обладнані «системою тривоги» чи переговорним устаткуванням, а поблизу мешкає особа, яка може негайно надати підтримку та викликати у разі потреби «швидку допомогу». Зазвичай, така особа не має фахової підготовки, а може прослухати лише певний курс спеціальної підготовки й мешкати по сусідству, працюючи вдома, або бути домогосподаркою тощо. Таке житло може належати як місцевій владі, так і громадським чи приватним організаціям.

Інший тип житла – це *будинки готельного типу*, де є приміщення спільного користування (вітальня, їдальня тощо), і де особи, що здійснюють догляд, мешкають постійно. Варто зауважити, що це житло розміщене на території тієї ж громади, де особа мешкала раніше, де вона може орієнтуватися та має можливість спілкуватися з друзями, колишніми сусідами, знайомими. Наприклад, у **США** спектр можливостей для людей похилого віку розвинений ще більше і включає різні можливості для незалежного чи напівнезалежного проживання.

Одна з програм спрямована на надання можливості особам похилого віку жити у власному помешканні. Програмою передбачено спорудження будинків, які людина може придбати. Ці будинки зведені за спеціальною технологією і являють собою розбірний блок чи відсік, призначений для використання особами похилого віку та особами з фізичними обмеженнями. Вони досить компактні для того, щоб бути встановленими поблизу іншого будинку чи у дворі, і пристосовані для перевезення з місця на місце.

Інша можливість – спеціальний будівельний блок, що комплектується як додатковий простір (прибудовується) до іншого односімейного будинку.

Поширеною формою проживання людей похилого віку є спільне проживання, коли двоє чи більше осіб, які не є родичами, за домовленістю поділяють будинок чи квартиру. Зазвичай, кожен має окрему спальню та туалетну кімнату, а решта житла використовується спільно.

Закон України «Про житловий фонд соціального призначення» передбачає створення спеціалізованих будинків для ветеранів війни та праці, осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, покликаних діяти як установи соціального обслуговування. У такому будинку, крім приміщень для проживання, передбачається наявність комплексу служб соціально-побутового призначення та медичного обслуговування. Тут варто наголосити, що це не обов'язково має бути великий багатоквартирний будинок.

Оцінюючи перспективи створення нових житлових програм в Україні, варто починати з будівництва чи створення будинків (умов) для компактного проживання 12–15 осіб, кожна з яких мала б свою власну кімнату з кухонним блоком (він може бути розрахований на 2–3 мешканців). У будинку мають бути їдальня, пральня та вітальні, які використовуються мешканцями спільно. Разом з тим, мешканці будинку могли б мати підтримку у веденні господарства та отримували б відповідну медичну допомогу, мали б доступ

до систем термінового виклику для надання допомоги тощо. Доцільно звернути увагу і на необхідність обладнання таких будинків зручними безбар'єрними під'їздами, поручнями тощо. Варто також подбати про невеликий двір коло будинку із садком та місцем для відпочинку й прогулянок.

Ці заклади могли б бути як державними, так і недержавними. Наприклад, такі будинки можуть утримуватися громадською організацією та працювати за державним замовленням. Місцева влада повинна мати широкі можливості для модифікації та розвитку житлових програм для людей похилого віку, орієнтуючись на потреби членів територіальної громади, свої можливості та наявні ресурси. Зокрема, такі будинки могли б стати частиною структури вже існуючих ТЦ, що дало б змогу мінімізувати витрати на їхнє адміністрування та оптимально використовувати наявні ресурси.

Застосування таких підходів дозволяє зменшити навантаження на ТЦ, покращити якість життя особам похилого віку та особам з інвалідністю.

Порівнюючи організацію надання послуг у європейських країнах і в Україні, варто вказати, що основна відмінність полягає у кількості та спеціалізації тих закладів й організацій, які надають послуги. Оскільки, наприклад, у районних центрах практично немає інших організацій (ані громадських, ані державних), які б надавали послуги і тим групам отримувачів, які є цільовими для ТЦ, й іншим (наприклад, особам з наркотичною залежністю, особам, які зазнають насильства в сім'ї), то чимало їх звертається за послугами саме до ТЦ. З іншого боку, за умови, що ТЦ не має ресурсів для надання послуг, необхідних отримувачам, соціальні працівники не можуть переадресувати особу до інших надавачів, тому змушені самотійно намагатися їй допомогти. Це може негативно впливати як на якість послуг, що надаються, так і на стан самих працівників, що зазнають перевантаження та браку професійної підтримки.

Також у системі надання послуг особам похилого віку та особам з інвалідністю значне місце відводиться волонтерам, а в багатьох організаціях є спеціально призначений працівник, відповідальний за роботу з волонтерами, до якої входить їхнє навчання, менеджмент діяльності, контроль та заохочення. Тому пропонуємо внести до Положення про ТЦ відповідні зміни, які нададуть ТЦ більше можливостей для включення волонтерів у процес надання соціальних послуг.

Разом з тим, у багатьох західних країнах, наприклад, у Великій Британії, багато послуг не надаються безпосередньо державними закладами, а закуповуються відповідними департаментами місцевої влади, відповідальними за надання соціальних послуг, у недержавних чи приватних організацій. Така практика розглядається як один із основних напрямів скорочення витрат на надання послуг з догляду, оскільки погодинна оплата за послуги, які пропонують недержавні надавачі послуг, є набагато меншою. Ця тенденція набула активного розвитку протягом останніх років. Так, наприклад, недержавним сектором у Великій Британії за державні кошти в 1992 році надавалося 2 % від усіх послуг з догляду вдома, а в 2008 році –

більше 80 %. Це стало можливим завдяки змінам в законодавстві, згідно з яким основними функціями, що покладаються на департаменти із соціальних послуг, є оцінка потреб, фінансування та контроль якості послуг, а не безпосереднє їх надання. Але у тій самій Великій Британії є графства, де більше 80 % послуг надаються безпосередньо місцевою владою за рахунок коштів місцевого бюджету.

Аналіз практики закупівлі соціальних послуг, насамперед тих, що стосуються догляду вдома і є надзвичайно важливими для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, свідчить про те, що однозначної оцінки подібної практики серед фахівців та отримувачів послуг немає. Існують докази, що вона підвищує якість послуг, також є свідчення того, що, коли послуги надаються недержавними організаціями (приватними, благодійними), їх якість погіршується. Так, за даними Комісії з якості догляду, в Англії 91 % послуг з догляду, які надавалися муніципальною владою та благодійними організаціями, були оцінені як добрі чи відмінні, а серед надавачів приватного сектору таких було 80 %. Важливим чинником зниження якості послуг, як показують дослідження, є те, що недержавні надавачі послуг для мінімізації вартості своїх послуг скорочують витрати на персонал та час для візитів з надання догляду від 30 хв. до 15 хв., а цього недостатньо для надання якісної допомоги.

Очевидно, коли йдеться про ТЦ, то там, де є можливості закупівлі послуг належної якості, доцільно впроваджувати подібну практику та вивчати досвід таких організацій шляхом проведення оцінювальних досліджень. Варто зауважити, що коли навіть у державних закладах в Україні спостерігається невисокий рівень професійної підготовки фахівців, які надають соціальні послуги, то ситуація у недержавному секторі не є кращою. Саме ця обставина може суттєво стримувати можливості для закупівлі соціальних послуг. Разом з тим, окремі складові послуг можуть бути предметом закупівлі уже сьогодні за умови забезпечення директорів ТЦ відповідними методичними розробками й поширення успішного досвіду. Насамперед це може стосуватися транспортних послуг, забезпечення гарячою їжею, побутових послуг тощо. Найдоцільнішим визнано поєднання різних схем фінансування й організації надання соціальних послуг, яке застосовується у більшості розвинених країн світу залежно від контексту діяльності організацій – надавачів послуг.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «старість», «старіння».
2. Назвіть періоди геронтогенезу.
3. Проаналізуйте принципи щодо людей похилого віку.
4. Дайте визначення поняттю «будинки-інтернати системи соціального захисту».
5. Виокреміть особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку.

6. Який заклад соціального обслуговування надає послуги громадянам похилого віку та самотнім непрацездатним громадянам?
7. Які відділення у своїй структурі має територіальний центр?
8. За якими напрямками роботи працює територіальний центр?
9. Як здійснюється надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах Франції?
10. Проаналізуйте організацію надання соціальних послуг людям похилого віку у США.
11. Які соціальні послуги пропонуються особам похилого віку у Чеській Республіці?
12. Проаналізуйте організацію надання соціальних послуг людям похилого віку у Великій Британії.

### **Література до теми**

1. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
2. Лукашевич М.П., Семигіна Т.В. Соціальна робота (теорія і практика): підручник. К.: Каравела, 2009. 369 с.
3. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. М.: Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2000, 96 с.
4. Соціальна робота в Україні / За заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М.Лактіонової. К.: Наук. світ, 2003. С. 121–157.
5. Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Капської. К.: Центр навч. літ., 2004. С 316-327.
6. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів ЦССМ: Метод. посібник / С.В. Толстоухова та ін. К.: ДЦССМ, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. С. 7–16.
7. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. С. 338–380.
8. Яцемирская Р.С Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб. пособие. М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1999. С. 202–218.

### **Тема 7. Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю**

1. Підходи до роботи з алкоголіками.
  - а) короткострокові підходи у лікуванні.
  - б) довгострокові програми.
2. Християнські реабілітаційні центри для осіб з алкогольною залежністю.
3. Групи самопомоги, клубна форма реабілітації у громадських організаціях.

4. Специфіка формування наркотичної хвороби: поняття про психологічну і фізичну залежність.

5. Лікування наркотичної залежності.

6. Етапи реабілітації наркозалежних.

7. Центри та програми реабілітації наркозалежних.

#### *Ключові поняття і терміни*

- *алкоголізм;*
- *алкогольна залежність;*
- *наркоманія;*
- *наркотична залежність;*
- *групи самопомоги;*
- *анонімні алкоголіки;*
- *анонімні наркомани;*
- *центри реабілітації наркозалежних;*
- *центри реабілітації алкозалежних;*

#### **1. Підходи до роботи з алкоголіками.**

*а) короткострокові підходи у лікуванні:*

**Кодування.** Під кодуванням розуміють або психотерапевтичний вплив (як у методі Довженка – першому з методів кодування чи гіпнозу), або вироблення заборони на вживання спиртного шляхом формування умовного рефлексу.

**Підшивка (при алкоголізмі)** – це хірургічне втручання, в ході якого препарат «Еспераль», «Дисульфірам» та ін.) у лікарській формі тривалої дії імплантується в підшкірну клітковину. Найзручнішою для імплантації з точки зору подальшої життєдіяльності пацієнта є підлопаткова область.

**Лікування алкоголізму гіпнозом без пігулок та ін'єкцій за допомогою навіювання.** Проводиться корекція поведінки людини щодо зняття потягу до алкоголю і нав'язливих думок про випивку. Важлива умова: лікування алкоголізму гіпнозом повинно тривати не менше ніж 2,5 години без перерви і закінчуватися індивідуальним сеансом, під час якого накладається код, який пригнічує потяг до алкоголю і нав'язливі думки про випивку, зміцнюється сила волі, прагнення до тверезого способу життя, хворий стає свідомим і переконаним непитущим на той термін, який самостійно обирає.

**Програма «Детокс».** Існує два типи дезінтоксикації: надшвидка та звичайна. Надшвидкий детокс триває 8–12 годин, у цей час хворий перебуває під наркозом і поки він спить, йому вводять антагоніст опіатних рецепторів, який повністю витісняє залишки морфіну з нервових клітин і закінчень. Це дуже небезпечно для здоров'я і життя пацієнта процедура, яка насправді не позбавляє стану «ломки» – хворий не відчуває біль тільки під час наркозу, а коли прокидається, то протягом кількох днів страждає від синдрому відміни – біль у суглобах, безсоння, розлад шлунку та ін.

Класичний детокс у вітчизняній наркології – протягом 7–14 днів наркозалежному вводять знеболюючі, седативні та снодійні препарати, за допомогою яких синдром відміни проходить не так болісно.



Після детоксу хворому пропонують приймати «Налтрексон» (антагоністи опіатних рецепторів) у вигляді пігулок, ін'єкцій або «підшивають» капсулу під шкіру, яка діє 3, 6 або 12 місяців.

**Голкорексфлексотерапія** – це східний метод лікування різних хвороб, зокрема й алкоголізму. Суть процедури – вплив на активні енергетичні точки тіла людини, яких налічують близько 700. Голковколювання завжди належало до методів нетрадиційної медицини, проте в 1970 році його офіційно визнала Всесвітня організація охорони здоров'я. Процедура лікування алкоголізму голковколюванням запускає механізм саморегуляції, активізується весь організм: стимулюється робота імунної системи та внутрішніх органів, поліпшується кровообіг. На відміну від лікування медикаментами, голковколювання не «перевантажує» організм: лікар знаходить на тілі пацієнта точки, які відповідають за пристрасть до спиртного, і встановлює акупунктурні голки. Якщо лікар усе зробив правильно, відкриваються енергетичні канали та звільняється енергія, організм запускає механізми очищення. Через певну кількість сеансів організм починає сприймати алкоголь як руйнівний фактор. Таким методом лікують не лише алкоголізм, а й інші залежності. У середньому тривалість курсу голкотерапії, при лікуванні від алкоголізму, становить 10–14 сеансів, кожен сеанс триває близько 30–60 хвилин.

**Принцип лікування алкоголізму 25-м кадром.** Метод наступний: певний час людина утримується від уживання алкоголю. Далі їй надають інформацію щодо ефекту 25-го кадру, і вона сама собі формулює завдання, наприклад: «Три роки я не буду пити». Потім людина дивиться 45-ти хвилинний відеоролик, з якого, наприклад, цифра 3, словосполучення «3 роки без алкоголю» або щось подібне наполегливо проникають з «невидимих» кадрів у підсвідомість пацієнта. За один сеанс людина засвоює приховану інформацію приблизно 2700 разів. Проводять один або кілька сеансів, усе залежить від особливостей і тяжкості захворювання.

Водночас короткострокові методи лікування користуються попитом. Це відбувається з двох *причин*:

- 1) певній кількості хворих ці методи допомогли на деякий час припинити вживання ПАРу;
- 2) більшості людей властиве бажання впоратися з проблемою швидко й недорого.

Зазвичай хворі, які обмежуються виключно короткостроковими програмами лікування, звертаються до лікарів знову і знову, деякі – не один десяток разів. Також варто зауважити, що детоксикація – великий стрес для організму, тому кожна наступна процедура не тільки виснажує його, а й знижує віру хворого в результат і одужання.

*б) довгострокові програми*

### **Міннесотська модель реабілітації**

Міннесотська модель реабілітації з'явилася у 40–50-х роках XX століття в лікарні штату Міннесота (США) з ініціативи двох фахівців – психолога та

психіатра. Базові принципи моделі перед бачали об'єднання досвіду фахівців і хворих на алкоголізм у прагненні останніх вести тверезий спосіб життя. В рамках інтенсивної (7 днів на тиждень) 28-денної стаціонарної програми використовувалися «Програма 12 кроків» Товариства Анонімних Алкоголіків, індивідуальний підхід до лікування, а також передбачалася активна участь сім'ї пацієнта. Першим центром, який почав реалізовувати цю модель, була некомерційна неурядова організація Hazelden Foundation.

Міннесотська модель протягом багатьох років розвивалася й удосконалювалася і нині ґрунтується на таких базових **принципах**:

- трактування хімічної залежності (алкоголізму й наркоманії) як хвороби, що значно відрізняється від інших психічних захворювань та розладів і є первинною хворобою (тобто хімічна залежність не є проявом якогось іншого захворювання, при лікуванні якого вона зникне);

- усвідомлення хімічної залежності як прогресуючої, смертельно небезпечної хвороби і, що особливо важливо, як такої, що виникла не з вини хворого, а в результаті поєднання багатьох чинників;

- ставлення з належною повагою і розумінням до людей, що страждають на цю хворобу, а також визнання їхньої людської гідності;

- співробітник реабілітаційної програми повинен бути прикладом поведінки для клієнта, а взаємини між співробітниками – прикладом для побудови взаємин клієнта з іншими людьми;

- переконання, що первісна мотивація не має вирішального впливу на результат лікування;

- у людини, яка страждає на алкоголізм або наркоманію, легко може сформуватися залежність від будь-яких речовин, що змінюють свідомість, впливають на волю, почуття та інтелект. Тому лікування за Міннесотською моделлю повністю безмедикаментозне;

- визнання, що одним із найважливіших симптомів залежності є заперечення пацієнтом своєї хвороби (часто можна почути, що хімічна залежність – це хвороба заперечення і рецидивів), причому наявність хвороби заперечує також оточення хворого;

- метою є тривале, а краще – по життєве, утримання від уживання будь-яких психоактивних речовин;

- відповідальність за одужання лежить на самому пацієнтові;

- системний підхід до хвороби, що передбачає активну участь у психотерапевтичному процесі родичів та друзів клієнта;

- максимальне використання потенціалу багатопрофільної бригади фахівців, у якому важливу роль відіграють відповідно підготовлені фахівці з числа хворих на хімічну залежність, що дотримуються тверезості за програмою АА/АН;

- проведення психотерапії в малих групах, де передбачений індивідуальний підхід до кожного клієнта, тому що всі вони мають власний шлях одужання і власні способи запобігти поверненню до вживання

психоактивних речовин (рецидивам), використання в психотерапії «Програми 12 кроків» і систематичну участь у зустрічах спільноти АА/АН.

## **2. Християнські реабілітаційні центри для осіб з алкогольною залежністю.**

Реабілітаційна програма в християнських реабілітаційних центрах побудована на моделі терапевтичної спільноти, але переважає релігійний підхід. Віра в Бога дуже часто стає стрижнем для людини, котра втратила віру в людей. Як і в терапевтичному співтоваристві, у християнських реабілітаційних центрах терапевтичний ефект досягається за рахунок постійного перебування пацієнтів у безпечному середовищі під безпосереднім наглядом наставника.

Зазвичай, у цих центрах доволі суворий режим – праця і молитва (ні хвилини неробства). Від пацієнтів вимагають повного й добровільного послуху. І терапевтичні спільноти, і християнські реабілітаційні центри намагаються жити за принципами самозабезпечення, тому лікування в них або безкоштовне, або проводиться за символічну плату.

Кінцева мета, до якої прагнуть християнські реабілітаційні центри, – повне зцілення й відновлення в суспільстві наркозалежних людей, а ключовий принцип, що лежить в основі реабілітації та порятунку, – віра в Бога.

Основна діяльність, якою займаються послушники в таких центрах, – це трудотерапія і вивчення Слова Божого (Біблії).

Для виконання цілей, що стоять перед центром, використовуються такі **методи:**

- вивчення Біблії (щодня не менше ніж одну годину);
- молитва (не менше ніж тричі на день);
- «Програма 12 кроків»;
- групова терапія (не рідше ніж двічі на тиждень проводиться 2-годинна сесія);
- сімейна терапія (не рідше одного разу на тиждень проводиться 1-годинна сесія);
- індивідуальна консультація (не менше одного разу на тиждень).

Після проходження реабілітації пацієнтам пропонується відвідувати збори церкви для підтримання стану тверезості.

## **3. Групи самопомоги, клубна форма реабілітації у громадських організаціях**

У 1935 році в США з'явилася Спільнота Анонімних Алкоголіків. Її засновниками стали Вільям (Білл) Уїлсон і Роберт (Боб) Сміт. Інструменти одужання АА – зібрання груп взаємодопомоги та «Програма 12 кроків». «Програма 12 кроків» завоювала визнання серед хворих на хімічну залежність і фахівців усього світу.

*«Анонімні Алкоголіки – це товариство чоловіків та жінок, які діляться між собою досвідом, силами та надією з метою допомогти собі та іншим звільнитися від алкоголізму. Товариство не пов'язує свою діяльність ні з якими сектами, релігійними та політичними організаціями. Не вступає в полеміку з будь-яких питань, які не мають відношення до діяльності Товариства. Власні інтереси понад усе. Наше головне завдання – залишитися тверезими і допомогти залишитися тверезими іншим алкоголікам та вести здоровий, тверезий спосіб життя» (Преамбула АА).*

Невдовзі утворилися спільноти: Ал-Анон – об'єднання родичів алкоголіків, Нар-Анон – родичів наркоманів, Алатін – групи для дітей алкоголіків, Алатот – групи для дітей з алкогольних сімей. Із часом з'явилися і такі товариства: Анонімні Ненажери, Анонімні Емоціонали, Анонімні Трудоголіки, Анонімні Сексоголіки, Анонімні Курці, Анонімні Азартні Гравці та навіть групи для людей, які страждають від нестримного прагнення позичати гроші.

Рухи АН і АА швидко поширилися у світі. Нині кількість груп взаємодопомоги АН і АА перевищує 100 тисяч (вони діють у понад 200 країнах світу), а їхній приріст лише в США і Канаді становить до 4000 груп на рік, і число учасників руху постійно зростає. Уже понад два мільйони людей, багато з яких втратили у своєму житті все, людей, покинутих близькими та суспільством, завдяки АА та АН повернулися до нормального життя. Таким чином вони знайшли осмислену і щасливу тверезість, яка виражається не лише у відмові від будь-яких наркотичних речовин й алкоголю, але, передусім, у новому (у широкому сенсі, тверезому) погляді на світ, на інших людей, на себе й свої стосунки з Богом.

21 лютого 1989 року – день, який офіційно визнано днем народження руху АА в Україні. Бо саме цього дня американський алкоголік Лео К. провів перше зібрання групи АА у Києві в будинку санітарно-медичної освіти, що на вул. Чкалова (нині Олесь Гончара), 65. На першій групі АА були присутні 4 особи – усі свого часу лікувалися в психіатричній лікарні. Це був лише початок, який дав могутній поштовх до поширення АА в нашій країні.

#### **4. Специфіка формування наркотичної хвороби: поняття про психологічну і фізичну залежність.**

**Залежність** – набута гостра потреба здійснювати якісь дії або вживати якісь речовини. У практиці цей термін має кілька значень.

У повсякденній мові термін «залежність» використовується в основному стосовно людей, які зловживають наркотиками, алкоголем та сигаретами. У ширшому контексті можна послатися на багато інших видів поведінки: ігри, перегляд телевізора, комп'ютерна залежність, Інтернет або сексуальна залежність.

Залежність поділяють на **фізіологічну та психічну**.

**Психологічна залежність від наркотиків** – це хворобливе прагнення людини постійно або періодично відчувати приємні відчуття чи знімати

психічний дискомфорт за допомогою наркотичних речовин. Така залежність обов'язково виникне при неодноразовому прийомі наркотиків, але її може спровокувати навіть одноразове вживання психоактивних засобів.

Патологічна психічна залежність від наркотиків розвивається в результаті патологічного потягу хворого змінювати свій стан за допомогою наркотиків. Це потяг може бути психічним або компульсивним. У чому їхня відмінність?

**Психічний потяг** характеризується постійними думками про наркотик, пригніченим настроєм і незадоволеністю при його відсутності та жвавістю і підняттям настрою у передчутті прийому наркотичної речовини.

**Компульсивний потяг** – непереборне бажання до наркотизації, яке повністю охоплює хворого і керує його бажаннями та вчинками для отримання наркотику.

**Фізична залежність від наркотиків** – це стан хворого, при якому весь його організм перебудувався внаслідок тривалого вживання психоактивних препаратів. Фізична залежність проявляється яскраво вираженими психічними та соматичними відхиленнями при не вживанні наркотику або його нейтралізації за допомогою специфічних антагоністів. Це такі порушення, як синдром відміни (позбавлення), абстинентний синдром. Призупинення або полегшення цих відхилень відбувається при поновленні надходження в організм того ж наркотику. При різних видах наркоманії абстинентний синдром має різну клінічну картину, але не всі види наркотиків при хронічному вживанні викликають фізичну залежність.

**Наркотики, що викликають залежність:** опіати; героїн, промедол, метадон, мелілідін (лідол); препарати з конопель – гашиш та гашишна олія; кокаїн; амфетамін, метамфетамін; препарати з ефедрину – ефедрин, первітин; амфепрамон; фенметразин; метилфенідат; 4-метиламинорекс; дизайн-наркотики – екстазі, фентаніл та його аналоги.

## **5. Лікування наркотичної залежності.**

Якщо ви дізналися, що ваш близький – наркоман, ні в якому разі не можна пускати ситуацію на самоплив. Час в цьому випадку – дорогоцінний, і його не можна втрачати, намагаючись самотійно вирішити проблему. У цій біді можуть допомогти тільки кваліфіковані фахівці – медики, психологи, які мають великий досвід роботи з наркозалежними хворими. Шлях до позбавлення від наркоманії складний і довгий, алевилікувати цю важку хворобу цілком реально.

Ефективне лікування наркотичної / алкогольної залежностей можливо лише в тому випадку, якщо сам пацієнт бажаєвилікуватися. Без усвідомлення власної проблеми і твердої впевненості в необхідності лікування позбавитися від патологічної залежності неможливо. Тим більше, що лікування – це півшляху до одужання, головне – не допустити рецидиву, а це залежить тільки від самої людини.

Багато людей, які вирішили позбутися залежності від наркотиків, цікавляться, як відбувається лікування в наркологічній клініці.

**Лікування наркоманії** – цілий комплекс заходів, спрямованих, насамперед, на усунення *фізичної залежності* від наркотиків. Тільки після того, як проведена детоксикація організму і ліквідований абстинентний синдром, відбувається власне лікування наркотичної залежності. Це – зняття *психічної залежності* від наркотиків, бесіди з пацієнтом, його соціальна адаптація і застосування інших методів психотерапевтичного впливу.

У лікуванні наркотичної залежності можна виділити чотири **етапи**.

1-й етап – призупинення абстинентного синдрому, проведення дезінтоксикації для нормалізації соматоневрологічних порушень в організмі і корекції психічних розладів.

2-й етап – повне відновлення обмінних та поведінкових порушень, нормалізація психічного стану пацієнта, у тому числі і його сну.

3-й етап – виявлення головного синдрому психічної залежності від наркотиків і проведення необхідної терапії. На цьому етапі визначаються психопатологічні ознаки потягу до наркотиків й особливості його динаміки – періодичне або постійне.

4-й етап – визначення умов, за яких можливий рецидив захворювання, і призначення підтримуючої протирецидивної терапії.

## **6. Етапи реабілітації наркозалежних.**

Щоб подолати наркотичну залежність, не достатньо просто кинути вживати наркотики і пережити період ломки. Силою волі можна подолати тільки психологічну залежність, але фізична залежність залишиться у людини на довгий час. І при різних зовнішніх чинниках – незадоволеності життям, стресах, психічних розладах – наркоман знову почне вживати наркотики.

Тому реабілітаційний курс проходить у два **етапи**:

1-й етап. *Фізичне позбавлення від наркотиків.*

Проводиться очищення організму від продуктів розпаду наркотичних речовин, позбавлення хворого від потягу до наркотиків, ослаблення абстинентного синдрому.

Наркоман проходить тривале лікування різними медичними препаратами, поєднане з оздоровчими процедурами. Загальна тривалість курсу може скласти 5–6 місяців, і навіть більше. За цей час у наркомана повинен минути хворобливий потяг до наркотиків і набагато покращитися його самопочуття та фізичний стан. Після успішного проведення першого етапу реабілітації переходять до другого.

2-й етап. *Психологічна реабілітація наркоманів.*

Цей етап заснований на мотивації хворого щодо відмови від вживання наркотичних препаратів. Із пацієнтом працюють психотерапевти і психологи. У ході другого етапу реабілітації людина повинна вирости духовно, відновити здорове мислення і здобути життєві цінності. Позитивним результатом цієї роботи вважається поява у наркомана нового погляду на життя і переосмислення його цінностей.

Звичайно, обіцяти стовідсоткову ефективність позбавлення від наркотичної залежності не може ніяка програма реабілітації наркоманів. За статистикою, лише 15–20% наркоманів, які пройшли минулих реабілітаційний курс, повністю відмовляються від наркотиків. Решта через 2–3 роки знову повертаються до наркотизації. Але цифри 15–20% як показник позбавилися від наркоманії – це теж гідний результат.

Останнім часом більшість експертів і фахівців, що працюють над проблемою наркоманії, схиляються до того, що реабілітація наркозалежних повинна носити комплексний характер.

Реабілітація наркоманів повинна включати в себе відновлення наступних здібностей людини:

- здатність до навчання,
- здатність до вирішення життєвих проблем;
- здатність поліпшити свій стан без наркотику;
- здібності відрізнити правильні дії від неправильних, добро від зла.

Тільки тоді реабілітація буде високоефективною. Деякі центри реабілітації враховують лише фізичний аспект проблеми і напихають пацієнтів препаратами, що знімають ломку, не зачіпаючи причини, через яку людина стала наркоманом. Релігійні центри засновують реабілітацію на повному відході від світу, наприклад, в монастир. По суті, це не є реабілітацією.

Хороша реабілітація – це сукупність медичних, психологічних, соціальних, трудових та освітніх заходів. Вона обов'язково включає в себе відновлення, формування або корекцію соціально прийнятних особистісних, поведінкових і соціальних якостей людини.

## **7. Центри та програми реабілітації наркозалежних.**

В останні роки найпоширенішими напрямками реабілітації наркоманів є програми, в основі яких лежать віра в Бога, трудова терапія, а також програми «12 кроків» і Нарконон. Вартість відновлення в кожному центрі залежить від місця розташування, якості надаваних послуг та умов проживання пацієнтів. Чимало центрів працює за власними методиками реабілітації.

Щоб визначитися з вибором реабілітаційного центру для наркозалежних, слід знати, що:

- тривалість реабілітації не повинна бути менше півроку. Найпоширеніший курс відновлення триває 6–12 місяців;
- програма реабілітації повинна бути комплексною, тобто усувати проблеми на фізичному і психологічному рівнях. У ході реалізації такої програми відновлення повинне торкнутися всіх сфер життя хворого і зробити його повноцінним членом суспільства;
- реабілітаційний центр повинен дати можливість поспілкуватися зі своїми випускниками, які успішно пройшли курс і тривалий час не повертаються до наркотиків.

Під час відновного курсу пацієнт знаходиться в реабілітаційному центрі мінімум 3 місяці, але зазвичай реабілітація триває 6, 9 і 12 місяців. Усе залежить від динаміки самого захворювання. Пацієнт перебуває серед таких же хворих, як він сам, які більше не вживають наркотичні препарати.

У перші кілька днів перебування в центрі реабілітації пацієнта знайомлять з *правилами установи та розпорядком дня, індивідуальним планом лікування й обов'язками хворого*. Індивідуальний план лікування складається на основі психологічних особливостей та особистісних якостей пацієнта. Отримавши інформацію про своє захворювання, наркоман отримує підтримку і допомогу з боку персоналу центру та інших пацієнтів. Він впливається в суспільство хворих, що проходять реабілітацію, і починає спілкуватися з ними, дружити, горювати і радіти, тобто починає відчувати.

Щодня з пацієнтом *працюють психологи та консультанти*, які вчать його долати потяг до наркотичних речовин, справлятися з почуттям тривоги і страху, відповідати за свої вчинки, переживати різні життєві ситуації. Хворий вчиться любити себе та інших, піклуватися про себе й оточуючих і приймати їх такими, якими вони є.

До відновлення його життя повністю підпорядковувалося наркотикам. Йому доводилося жити від дози до дози, красти, брехати, принижуватися, ризикувати для того щоб добути гроші на чергову дозу. У реабілітаційному центрі всього в житті наркоман вчиться заново. Фахівці усувають проблеми, які можуть стати причиною зриву.

На наступному етапі пацієнта готують до того, що він скоро покине реабілітаційний центр та повернеться в сім'ю і в суспільство. Він спілкується з «молодшими» *пацієнтами центру*, передає їм свій цінний досвід і знання. Багато центрів практикують вихідні, коли пацієнт може покидати центр.

Далі проводиться *підтримуюча терапія*. Видужуючий більше часу проводить зі своєю сім'єю і не рідше 3-х разів на тиждень відвідує психолога та заняття з групової терапії. Це дає йому підтримку в одужанні і необхідні знання. З психологом він ділиться новими емоціями і почуттями, обговорює проблеми, що з'явилися після його повернення в суспільство, і ситуації, які загрожують його тверезому способу життя. Тривалість психотерапії – 2 – 3 години, а основна мета – профілактика рецидиву наркотизації.

Завершальний етап реабілітації – *адаптаційна програма*. Пацієнт переходить до самостійного життя і плавно впливається в суспільство. Із психотерапевтом він зустрічається два рази на тиждень в індивідуальному режимі, щоб обговорити поточні питання та виробити оптимальні стратегії поведінки, необхідні для збереження чистоти і тверезості свого життя. На завершальному етапі реабілітації центр стає для пацієнта не суворим наставником, а добрим другом, який зумів зрозуміти проблему і допомогти повернути людині нормальне життя.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «алкоголізм», «наркоманія».
2. Які існують підходи до роботи з алкоголіками?



3. Проаналізуйте короткострокові підходи у лікуванні алкоголізму.
4. Проаналізуйте довгострокові програми лікування алкоголізму.
5. На яких принципах ґрунтується Міннесотська модель реабілітації алкозалежних?
6. Назвіть методи реабілітації алкозалежних.
7. В якому році у США з'явилася Спільнота Анонімних Алкоголіків?
8. Проаналізуйте діяльність Товариства Анонімних Алкоголіків.
9. Коли вперше в Україні започаткувало свою діяльність Товариство Анонімних Алкоголіків?
10. Охарактеризуйте психологічну і фізичну залежність від наркотиків.
11. Розкрийте етапи лікування наркотичної залежності.
12. Проаналізуйте етапи реабілітації наркозалежних.

### **Література до теми**

1. Бойко А.М. Соціальна робота з клієнтами із залежністю від алкоголю та наркотиків: Метод. рек. з навч. курсу для магістеріуму / Шк. соц. роботи Нац. ун-ту «Києво-Могилянська академія»; Кафедра соц. роботи. Ужгород. держ. ун-ту. К.; Ужгород, 2000. 76 с.
2. Джонсон В. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. М.: Егоров А. Ю. Возрастная наркология / Егоров А. Ю. СПб., 2002. 272с.
3. Кожина Г.М. Соціальна дезадаптація підлітків-правопорушників. *Український вісник психоневрології*. Том 4. Випуск 4. Харків, 1996. С. 106.
4. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Лазаренко Б.П., Пінчук І.М. / К.: 2002. 144 с.
5. Методичні рекомендації до комплексної програми «Профілактика негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі» // А.М. Павленко, І.М. Пінчук, Л.П. Шнеренко. К.: УДЦССМ, 2001. 72 с.
6. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С. Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.

### **Тема 8. Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД**

1. ВІЛ/СНІД як соціальна проблема.
2. Системи лікування і підтримки уражених груп.
3. Соціальна робота з вагітними-ВІЛ-інфікованими: умови народження здорової дитини.
4. Закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

#### *Ключові поняття і терміни*

- синдром набутого;  
імунodefіциту
- вірус імунodefіциту;
- антиретровірусна терапія;
- центр СНІДу.

## **1. ВІЛ/СНІД як соціальна проблема.**

У кінці ХХ ст. людство зіткнулося з появою нової вірусної хвороби – СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту). Цим терміном позначено кінцеву стадію ВІЛ-інфекції (вірусу імунodefіциту людини) – збудника СНІДу.

Вперше, офіційно СНІД, як хворобу було визнано у 1981 році в США. За думкою американського вченого Роберта Галло, ВІЛ виник дуже давно і розповсюджувався в ізолюваних від зовнішнього світу групах корінного населення Африки. Економічне освоєння територій і розширення контактів сприяло розповсюдженню вірусу в інших регіонах.

Тепер ВІЛ-інфекція зареєстрована практично в усіх країнах світу. Згідно з міжнародними даними за час розвитку епідемії до 2002 року було інфіковано понад 36 млн. дорослих і дітей, з яких 16 млн вже померло від СНІДу. Щоденно у світі інфікується ВІЛом близько 7000 осіб, 9 осіб з 10 не знають, що вони уражені вірусом.

Наша держава має найвищий ступінь розповсюдженості хвороби серед республік колишнього СРСР. Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією жителі Одеської, Луганської, Донецької, Дніпропетровської, Миколаївської областей, АР Крим, міст Києва і Севастополя. Хвороба уражає переважно молоде покоління – найбільш активну, у розумінні репродуктивності і працездатності верству населення. Це одна з найхарактерніших ознак СНІДу – вплив на суспільно корисне життя молодого, здорового прошарку людей.

Україна займає перше місце в Європі за числом ВІЛ-інфікованого молодого покоління – юнаків та дівчат віком від 15 до 24 років (1,3% юнаків та 0,6% дівчат).

За даними міжнародних організацій, лікування ВІЛ/СНІДу є найбільш дорогим з усіх видів медичної допомоги. Мільйони доларів витрачають провідні наукові заклади світу на вивчення хвороби, розробку діагностичних і лікувальних препаратів, створення анти-СНІД вакцини, але поки що безрезультатно.

Збудник СНІДу – вірус імунodefіциту людини (ВІЛ), який викликає синдром клінічних ознак, які обумовлені глибоким ураженням імунної системи організму. Стійкість цього вірусу у зовнішньому середовищі невисока. Він гине при температурі + 100°C миттєво, при + 56°C протягом 30 хвилин, швидко руйнується під дією спирту, ефіру, ацетону, пероксиду, водню, хлоровмістних препаратів та сонячних променів. Збудник СНІДу виявляється в різних біологічних рідинах організму, в найбільших концентраціях він присутній в крові і спермі. ВІЛ уражає живі клітини (лімфоцити) і розвивається в них. Живі клітини використовуються як «інкубатор», в якому відбувається їхній поділ і розмноження. Розміри ВІЛу дуже малі: на лінії довжиною 1 см може розміститися близько 100 тис. вірусних частинок. Вірус повільно викликає тривалу хворобу з певним латентним періодом (час із моменту ураження до проявів хвороби) від 1 до 15 років. При цьому людина, яка заразилася, відчуває себе здоровою, хоча є джерелом розповсюдження хвороби.

Початковими, найбільш характерними ознаками є одночасне збільшення 2–3 груп лімфатичних вузлів, слабкість і швидка втома, тривала (більше 1–2 місяців) підвищена температура тіла без поважних причин, нічна пітливість, швидке зниження ваги тіла, гнійно-запальовальні висипи на слизовій оболонці ротової порожнини, статевих органів і шкіри. та ін. Встановлення діагнозу СНІД потребує обов'язково лабораторного підтвердження. ВІЛ не живе в організмі тварини. Для своєї життєдіяльності і розмноження він потребує у клітин людини, а тому не може передаватися від тварини до людини. Отже, отримати ураження вірусом, який викликає СНІД, можливо тільки від людини, яка є сама джерелом ВІЛ-інфекції.

Ураження може відбуватися у випадку, коли вірус потрапив в організм завдяки крові, спермі або піхвовим виділенням ВІЛ-інфікованої людини. Отже, можна говорити про три *шляхи* передачі ВІЛ-інфекції:

- *статевий*;
- *парентеральний* (проникнення вірусу в кров);
- *вертикальний* (від ВІЛ-інфікованої матері дитині).

Проникнення вірусу в організм можливе у *таких ситуаціях*:

1. При ін'єкційному введенні наркотиків (спільне користування одним шприцом та голкою), при виготовленні наркотику з додаванням до розчину крові, при розборі наркотику різними шприцями з однієї спільної посудини.
2. При використанні нестерильних хірургічних інструментів, а також інструментів, призначених для здійснення татуювання і пірсингу.
3. При незахищених сексуальних контактах з ВІЛ-інфікованим партнером або партнеркою.
4. Під час пологів і годування грудним молоком від ВІЛ-інфікованої матері до дитини.

## **2. Системи лікування і підтримки уражених груп.**

Сучасні рекомендації базуються на досвіді попередніх років боротьби з ВІЛ/СНІДом. За основу спеціалісти ВООЗу взяли рекомендації з антиретровірусної терапії 2010 року, а також сучасні розробки з тестування та консультування щодо ВІЛу, його профілактики, загальної медичної допомоги людям, хворим на ВІЛ, та моніторингу випадків токсичності ліків при антиретровірусній терапії.

Запровадження нових рекомендацій ВООЗу (2013) щодо лікування за допомогою антиретровірусної терапії дозволить набути багатьох переваг у боротьбі з ВІЛ/СНІДом, а саме:

- доступна спрощена система тестування дозволить дізнатися про інфікування ВІЛом ще більшій кількості людей, що особливо важливо для населення груп ризику;
- антиретровірусна терапія стає більш безпечною, спрощеною у використанні й економічно доступною. Сучасна терапія не обмежується однією групою населення і показана для більшості груп різновікових пацієнтів;
- покращення якості та подовження тривалості життя хворих;

– використання антиретровірусної терапії запобігає передачі ВІЛу статевим шляхом та може слугувати методом профілактики для незаражених осіб;

– тенденція до якомога більш ранішого початку антиретровірусного лікування порівняно з попередніми рекомендаціями дозволяє покращити здоров'я хворих на ВІЛ та попередити його передачу.

Антиретровірусне лікування є обов'язковою та невід'ємною частиною комплексної медико-соціальної допомоги людям, які живуть із ВІЛ. Воно надається на безоплатній основі відповідно до клінічних протоколів антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія має на меті відновити функцію імунної системи, знизити захворюваність і смертність, подовжити та підвищити якість життя ВІЛ-інфікованих.

Інноваціями в розробках щодо антиретровірусної терапії можна назвати такі моменти.

1. Більш ранній початок антиретровірусного лікування дорослих, підлітків та дітей старшого віку. Найважливішим моментом є час початку лікування: тепер терапія має розпочинатися при кількості клітин CD4, що дорівнює або нижче 500 клітин/мм<sup>3</sup>. При цьому насамперед увагу необхідно приділяти особам з тяжкою або запущеною формою захворювання, а також людям, в імунограмі яких кількість клітин CD4 менше 350 клітин/мм<sup>3</sup>.

2. Визначення груп людей із ВІЛом, які потребують проведення антиретровірусної терапії при будь-якій кількості клітин CD4. До них відносяться: люди з активною формою туберкульозу; особи, які мають тяжке захворювання печінки та коінфіковані вірусом гепатиту В; ВІЛ-позитивні партнери у серодискордантних парах; вагітні жінки та матері, що годують груддю; діти віком до 5 років.

3. Впровадження нової схеми антиретровірусної терапії першого ряду, що підібрана з урахуванням особливостей більшості груп ВІЛ-інфікованих людей, включаючи дорослих, вагітних та жінок, що годують груддю, дітей віком від 3 років.

4. Активне сприяння прискоренню строків припинення використання ставудину (d4T) у схемах антиретровірусної терапії у підлітків та дорослих.

5. Рекомендується на додачу до моніторингу клітин CD4 оцінювати ефективність антиретровірусної терапії за допомогою визначення вірусного навантаження.

6. Більша увага приділяється тестуванню на ВІЛ та консультуванню підлітків за місцем проживання з метою раннього виявлення інфікованості і вчасного початку лікування.

За даними ВООЗу впровадження в практику нових рекомендацій з антиретровірусної терапії може запобігти 3 млн. смертей від СНІДу та 3,5 млн. нових випадків інфікування ВІЛом за період з 2013 до 2025 рр.

Першим етапом на шляху боротьби з ВІЛом є **тестування та консультування**.

Для ефективного лікування ВІЛ необхідно забезпечити вчасне його **виявлення**. Для цього насамперед необхідно підготувати кваліфікований

персонал. Важливо, щоб ще на етапі лікаря першої ланки (сімейного лікаря, лікаря-терапевта), який найперше стикається з пацієнтом, у спеціаліста було уявлення про ВІЛ і особливості перебігу захворювання при ВІЛ-інфікуванні, основні групи ризику щодо захворювання на ВІЛ, його симптоми та хвороби, що можуть супроводжувати ВІЛ. Завдання лікаря – запідозрити ВІЛ та направити хворого до спеціалізованого медичного закладу, де можна буде провести тестування на ВІЛ.

Важливим кроком до подолання подальшого поширення ВІЛу у світі, на думку спеціалістів ВООЗу, є *консультування і тестування* на ВІЛ людей за місцем проживання за умов розвитку генералізованої епідемії та у всіх місцях, де відбувається епідемія, контактуючи зі службами профілактики, допомоги й лікування.

Що стосується підлітків з усіх груп населення, в цьому випадку консультування і тестування проводиться за умов виникнення генералізованої епідемії, епідемії низького рівня та концентрованої епідемії, без втрати контакту зі службами профілактики, допомоги та лікування. Консультації за місцем проживання можуть значно прискорити виявлення ВІЛ інфекції у дорослих та підлітків і допомогти вчасно розпочати лікування.

Наступним етапом після проведення необхідних аналізів і тестів та встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції стає ***налагодження контакту з пацієнтом*** та повноцінне охоплення його ***медичною допомогою***. У цей час проводиться загальна допомога для хворих на ВІЛ, обов'язкове лікування супутніх захворювань і коінфекцій та розпочинається підготовка пацієнта до антиретровірусної терапії.

Антиретровірусна терапія хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД має проводитися з використанням підходу співробітництва, тобто тісної співпраці лікаря, який проводить антиретровірусну терапію, медичної сестри та соціального працівника (за згодою пацієнта) з незаперечним дотриманням принципів конфіденційності та особистих прав і свобод громадян, визначених чинним законодавством України.

Розпочинати терапію необхідно з підписання інформованої згоди пацієнта на проведення антиретровірусної терапії, яка надає лікарю право призначити необхідне лікування конкретному пацієнту. Перед початком терапії варто провести обстеження, здійснити індивідуальну оцінку готовності пацієнта до дотримання режиму антиретровірусної терапії, встановити перешкоди для суворого дотримання режиму прийому препаратів та розробити оптимальні способи їхнього подолання.

До постійних рекомендацій ВООЗу щодо термінів початку антиретровірусної терапії відносяться:

- усі особи, що мають тяжкий перебіг або знаходяться на пізній стадії захворювання (клінічні стадії захворювання 3 та 4 за класифікацією ВООЗу), що викликане ВІЛом, а також пацієнти з кількістю CD4 менше 350 клітин/мм<sup>3</sup> мають у пріоритетному порядку отримувати антиретровірусну терапію;

– пацієнтам, незалежно від клінічної стадії захворювання за класифікацією ВООЗу, антиретровірусну терапію необхідно призначати у випадку кількості CD4  $>350$  клітин/мм<sup>3</sup> та  $\leq 500$  клітин/мм<sup>3</sup>;

– випадки, в яких призначають антиретровірусну терапію, незалежно від клінічної стадії та кількості CD4 клітин:

– особи з ВІЛом та активною формою туберкульозу;

– особи, інфіковані ВІЛом та вірусом гепатиту В, з ознаками тяжкого хронічного захворювання печінки;

– партнерам з ВІЛом у серодискордантних парах варто пропонувати антиретровірусну терапію як метод зниження ймовірності передачі ВІЛу неінфікованим партнерам.

### **3. Соціальна робота з вагітними-ВІЛ-інфікованими: умови народження здорової дитини.**

Жінки перебувають у більшому ризику інфікування через їхню біологічну та соціальну вразливість. Зокрема, певна кількість жінок працюють у сфері комерційного сексу, щоб мати можливість купувати наркотики для себе та своїх партнерів, чи мають статеві стосунки з чоловіками, що вживають ін'єкційні наркотики. Сьогодні жінки становлять 45 відсотків від усіх дорослих, які живуть з ВІЛом в Україні.

У 2013 р. поширеність ВІЛу серед вагітних жінок становила 0,39 відсотка, це один із найвищих показників у Європі. 3,5% вагітних жінок, що живуть із ВІЛ/СНІДом, повідомляють про активне вживання ними наркотиків на останніх місяцях вагітності. Однак протягом останніх років спостерігається позитивна тенденція до зниження цього показника. Для порівняння, у 2008 році він становив 0,55 відсотка.

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України, протягом 1995–2013 рр. народилося 36 557 дітей, матері яких є ВІЛ-позитивними, причому у 26 403 з них ВІЛ-інфекцію не виявлено, 2 929 є ВІЛ-позитивними, а 6 899 дітей віком до 1,5 року очікують на підтвердження свого ВІЛ-статусу. 829 дітей захворіли на СНІД, і 326 дітей померли від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2013 р. було зареєстровано 3 386 вагітних жінок, що живуть з ВІЛ/СНІДом (0,97% всіх жінок, які народили дітей у цьому році). Україна має найвищий рівень охоплення жінок послугами з попередження передачі ВІЛу від матері до дитини з-поміж країн СНД. Показник ВІЛ-позитивних вагітних жінок, які отримують антиретровірусну терапію, є дуже високим (у 2013 р. її отримували 96,2% жінок).

Настійна рекомендація ВООЗу з питання **антиретровірусної терапії у вагітних та жінок, що годують груддю** звучить так: усім вагітним жінкам або жінкам, що годують груддю, необхідно призначати три препарати антиретровірусної терапії (у вигляді комбінованого препарату).

Ці ліки потрібно приймати весь той період, коли все ще існує ризик передачі ВІЛ від матері до дитини. Жінки, які відповідають критеріям

проведення антиретровірусного лікування, мають отримувати терапію протягом всього життя.

#### **Рекомендації:**

- усім вагітним та жінкам, що годують груддю, потрібно призначати антиретровірусну терапію на пожиттєвий термін (особливо в умовах генералізованої епідемії);
- у жінок, які не відповідають критеріям проведення антиретровірусної терапії за станом здоров'я, в деяких країнах можливе припинення лікування після закінчення періоду, коли існує ризик передачі вірусу від матері до дитини.

У випадку з жінками, які щойно народили дитину, постає вибір між годуванням груддю з одночасним отриманням антиретровірусного лікування та повною відмовою від грудного вигодовування. Зважаючи на основні принципи, встановлені ВООЗом в 2010 році, настійною є така рекомендація: «Жінки, які мають доведене інфікування ВІЛом, але чий діти не інфіковані або їхній ВІЛ-статус невідомий, повинні годувати дитину виключно грудним молоком протягом першого півріччя життя дитини. Поступово необхідно вводити прикорм, продовжуючи грудне годування до 12-місячного віку дитини. На другому році життя можна завершувати грудне вигодовування, але тільки за умов надання дитині безпечного та адекватного для її віку раціону без грудного молока».

#### **4. Закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.**

Федеральна агенція з роз'яснювально-просвітницької роботи в галузі охорони здоров'я **Німеччини** (BZgA) працює в декількох напрямках, зокрема національних програм з профілактики ВІЛ/СНІДу, статевого виховання, планування сім'ї та ін. Для цього BZgA займається пропагандою здорового способу життя, проводить тренінги серед вчителів та лікарів. Розроблена певна концепція, яка, в першу чергу, стосується громадського здоров'я, підвищення рівня обізнаності населення щодо ВІЛ-інфекції, співпраці з міжнародним співтовариством в боротьбі зі згаданою епідемією.

Станом на 2014 р. із вказаною хворобою в Німеччині проживає близько 80 тис. осіб. У країні щороку реєструється близько 3 тис. нових випадків ВІЛ-інфікування. У той же час відмічено підвищення рівня відповідальної поведінки населення в плані безпечного сексу.

Останніми роками основним повідомленням, яке агенція доносить до населення, це те, що використання презервативів є однією з головних заporук запобігання ВІЛ-інфекції. Також було прийнято рішення зосередити увагу на необхідності самозахисту та підвищення відповідальності не тільки за власне здоров'я, а й за здоров'я свого партнера.

Метою діяльності агенції в **Німеччині** можна назвати не тільки проведення стандартних методів профілактики, але й розробку тематичних сайтів для підвищення та підтримки стабільного рівня обізнаності населення. Крім того, BZgA має намір подолати соціальну дискримінацію та

стигматизацію (клеймування) осіб, які живуть з ВІЛом. Адже через стигматизацію люди часто не проходять обстеження на ВІЛ-статус, побоюючись у разі позитивного результату стати вигнанцем суспільства. Тому стигматизація і дискримінація створюють перешкоди для ефективної боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Агенція використовує **три рівні профілактики**. *Перший* рівень включає звернення до населення в цілому через засоби масової інформації (біг-борди, преса, інтернет та ін.). *Другий* – звернення до осіб, що знаходяться в групі найвищого ризику для інфікування ВІЛом (наркозалежні, працівники секс-бізнесу тощо). *Третій* рівень включає персональне консультування за допомогою «гарячої телефонної лінії» або онлайн-консультацій.

Головними суб'єктами в галузі профілактики ВІЛу в Європі є як державні органи, так і національні та міжнародні організації.

Так, у **Словенії** відповідальність за профілактичні заходи покладено на Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), і за моніторинг реалізації національних стратегій боротьби з ВІЛ/СНІДом та періодичну звітність щодо її виконання урядові. При МОЗі діє Комітет протидії ВІЛ/СНІДу, який є міждисциплінарним консультативним органом Словенії в галузі профілактики і боротьби з ВІЛом. Важливу роль відіграє Інститут охорони громадського здоров'я Словенії, який співпрацює з численними державними структурами і НДО щодо координації та організації профілактичних заходів (у тому числі й серед ЧСЧ) на всій території держави, здійснення моніторингу та оцінки ситуації відповідно до показників, рекомендованих ЮНЕЙДС.

У **Румунії** відповідальною установою за державну політику в галузі протидії ВІЛ/СНІДу, лікування і догляд є Комітет боротьби з ВІЛ/СНІДом при МОЗі країни. 2007 року відбулася реорганізація Комітету: більшість його основних обов'язків передано Державному координаційному комітету – організації, покликаний сприяти стратегічній координації програм, що фінансуються Глобальним фондом для боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ), а також забезпечити зв'язок програм із національними планами і стратегіями в галузі ВІЛ/СНІДу. До Державного координаційного комітету входять представники державних установ, наукових установ, організацій людей, які живуть із ВІЛом, громадських організацій, НДО, приватного сектору, а також міжнародних донорських агенцій. При МОЗі діє Національний комітет з нагляду, контролю та профілактики ВІЛ/СНІДу. Міністерства країни, що є членами Комітету, розробляють щорічні програми в межах їхньої сфери повноважень щодо профілактики та контролю ВІЛу. Координація міжвідомчих заходів з досягнення цілей країни у галузі протидії ВІЛу здійснюється в рамках механізмів Комітету.

У **Нідерландах** за сферу протидії ВІЛ/СНІДу відповідальність, у першу чергу, несе Міністерство охорони здоров'я, добробуту та спорту. Водночас розробка політики відбувається на основі співпраці між (суб)національними та (не)урядовими факторами. Профільне міністерство отримує рекомендації



щодо політики протидії ВІЛу від Центру контролю за інфекційними захворюваннями, після консультацій останнього із зацікавленими сторонами, НДО та фахівцями. Згаданий центр контролю є відповідальним за впровадження національної політики, спостереження та моніторинг, контроль та дослідження, а також виконує роль координатора між стейкхолдерами. Крім того, Центр оцінює плани роботи інших організацій у галузі протидії ВІЛ, надає субсидії, зокрема фінансує НДО та (через ці НДО) муніципальні управління. Останні несуть відповідальність за реалізацію заходів із профілактики на місцевому рівні.

У **Швеції** за національні превентивні заходи в країні, а саме: за планування, координацію, оцінку й моніторинг профілактичних заходів у сфері протидії ВІЛу та ІПСШ – відповідає Шведський інститут контролю за інфекційними захворюваннями при МОЗі Швеції. Інститут щорічно отримує гранти від уряду на сферу протидії ВІЛ/СНІДу і безпосередньо підтримує НДО на національному рівні, які працюють у галузі профілактики ВІЛу, розвивають та здійснюють оцінку проектів.

У країнах Європи використовують як «фізичні» методи поширення інформації та розповсюдження презервативів (аутріч-робота), так і віртуальні методи профілактики із залученням мережі Інтернет.

Так, у **Словенії** профілактичні заходи, зокрема інформаційна робота та розповсюдження буклетів, ще в 1985 році почала реалізовувати НДО, що працює з ЧСЧ – SKUC-MAGNUS/ROZA. KLUB, яка нині є організатором та провайдером низки послуг та сервісів для ЧСЧ у Словенії. Це, зокрема, інформаційна лінія допомоги для ЧСЧ; групи взаємодопомоги для ВІЛ-позитивних ЧСЧ; розповсюдження безкоштовних «наборів» для безпечного сексу; мережа «агентів з безпечного сексу» в кожному місті; безкоштовна вакцинація від гепатиту В. Також ця НДО з 1984 р. організовує освітню програму – щорічний фестиваль фільмів для ЧСЧ і лесбійок, під час якого демонструються фільми з історіями про СНІД, безпечний секс. Як проект SKUC-MAGNUS/ROZA.KLUB під псевдонімом «Консультант зі здоров'я» зареєстрований на найпопулярнішому гейпорталі для знайомств серед ЧСЧ – GayRomeo ([www.gayromeo.com](http://www.gayromeo.com)).

У **Швеції** рух лесбійок, геїв, бісексуалів та транссексуалів (ЛГБТ) теж розпочався досить давно. Ще 1950 р. було засновано Національну асоціацію ЛГБТ, що нині є ключовою НДО, що працює з ЧСЧ у галузі профілактики ВІЛу на національному рівні через місцеві відділення. Інформація, орієнтована на ЧСЧ, поширюється головним чином через веб-сайти. Оскільки Швеція є розвиненою країною, з високим рівнем життя та достатньо лояльним ставленням до сексуальних меншин, країна має незвичну для України організацію надання послуг для ЧСЧ. Наприклад, ЧСЧ можуть отримати послуги з тестування та консультування на ВІЛ у спеціалізованих клініках для ЧСЧ у міських районах. Такі клініки діють у Стокгольмі, Малмо та Готенбурзі. Клініка «Venhälsan» у Стокгольмській південній лікарні вже понад 20 років надає послуги з консультування, тестування та лікування ВІЛу для ЛГБТ.

В *Нідерландах* державні субсидії в галузі боротьби з ВІЛ/СНІДом отримують кілька організацій, кожна з яких має свою профільну групу (групи ризику, загальне населення, ЛЖВС). Із групою ЧСЧ працює НДО «Schoger», яка проводить щорічний моніторинг у галузі ВІЛу серед ЧСЧ. «Schoger» розробила програму для профілактики ВІЛу у мережі Інтернет, що є інтерактивною, заснованою на теоріях і доказових практиках. Вона здійснюється на порталі «Chatboy» – найпопулярнішому гей-порталі в Нідерландах. Ґрунтуючись на методі планування програми, розроблено проект «Гей-круїз» – інформативний сайт для знайомств і поширення інформації про безпечний секс в Нідерландах. У віртуальному світі героям пропонують різні ситуації сексуального характеру, і коли герой обирає сексуальні контакти без захисту він перенаправляється на сторінку, де зазначені ризики сексу без захисту і шляхи, як себе захистити. Оцінка програми підтвердила її ефективність для тих, які практикують незахищений анальний секс із випадковими статевими партнерами.

У *Румунії* однією з головних НДО, що працюють з ЧСЧ, є «PSI». Окрім аутріч-роботи, ця організація активно реалізує модель Popular Opinion Leader (POL), розроблену Дж. Келлі і призначену для відвідувачів гей-клубів у Бухаресті. Вона має на меті збільшення частоти використання презервативів і проходження тестування на ВІЛ шляхом здійснення впливу на соціальні норми поведінки в середині цієї групи.

Модель заснована на теорії дифузії нововведень, згідно з якою члени соціальної мережі з найбільшою ймовірністю приймуть нові поведінкові норми (безпечний секс), якщо їхні друзі приймають ці норми і вважають їх бажаними й важливими. В межах програми відібрали соціально активних ЧСЧ у двох клубах Бухареста. Пройшовши навчання, ці неформальні лідери передавали інформацію про сексуальне здоров'я своїм друзям, пропагували безпечну сексуальну поведінку. Тобто в Румунії впроваджується просвіта за методом «рівний – рівному», спрямована на поширення інформаційних повідомлень серед усіх членів цільової групи та збільшення прихильності до зміни ризикованої поведінки.

Успішна реалізація профілактичних заходів неможлива без адекватного фінансування галузі протидії ВІЛ/СНІДу загалом та сфери профілактики ВІЛу. Соціальне замовлення, при якому уряд через профільні структури (МОЗ) надає кошти НДО, що працюють із ЧСЧ, для реалізації профілактичних заходів – найбільш поширений механізм фінансування, який діє у Словенії, Нідерландах та Швеції. Крім того, витрати користувачів ВІЛ-сервісних послуг покриваються за рахунок обов'язкового медичного страхування. Так, у Словенії Інститут медичного страхування надає всім застрахованим пацієнтам, у тому числі ЧСЧ, повну оплату всіх медичних послуг з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції. В Нідерландах особи, які незаконно перебувають на території країни, повинні самостійно оплачувати ВІЛ-сервісні послуги. Особи, що шукають притулку в Нідерландах, за певних умов мають право на житло і компенсацію витрат, пов'язаних з медичним страхуванням. Крім того, в Нідерландах діє система

державної фінансової підтримки страхових компаній, щоб компенсувати витрати пацієнтові. В Румунії більшість профілактичних заходів фінансуються ГФ.

АСЕТ (англ. *AIDS Care Education and Training Ltd*) – організація, яка працює більше 20 років у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу і турботи про хворих на СНІД, у різних країнах Європи, Африки, Азії, Америки й Австралії.

АСЕТ входить у Всесвітню Організацію Охорони Здоров'я (WHO-World Health Organization) і має підтримку урядів багатьох країн.

Всеукраїнська благодійна організація АСЕТ була заснована у квітні 2005 року. Програма АСЕТ в Україні розпочала працювати з 2003 року. АСЕТ в Україні є частиною АСЕТ International, яка розпочала свою діяльність у 1988 р. у Великобританії (м. Лондон) та поширює свою роботу у 22 країнах світу.

Рівень розповсюдження інфекції ВІЛ у *Великій Британії* можна зменшити більше ніж на 40%, якщо ліки прийматимуть чоловіки, які мають найвищі шанси захворіти.

Експерти говорять, що такий підхід тільки на користь чоловікам, які перебувають у зоні ризику, і його потрібно активно втілювати в життя. Високі шанси підхопити ВІЛ мають геї. За статистикою, в різних країнах світу один з 26 геїв інфікований ВІЛом. «Доконтактна профілактика».

Ефективним засобом захисту від ВІЛу є презервативи, однак їхнім використанням нехтують. Натомість минулого року 500 британців спробували на собі альтернативний підхід – так звану «доконтактну профілактику».

За результатами експерименту, один із 13 чоловіків, які протягом року вживають ліки проти ВІЛу, може уникнути хвороби.

Учені з **Лондонської школи** гігієни та тропічної медицини розрахували ефект запровадження такого підходу у Великій Британії.

До 2020 року вчені очікують 16 955 нових випадків ВІЛ-інфекції серед геїв. Якщо 25% найбільш сексуально активних геїв будуть вживати медикаменти від ВІЛу, то 7 399 (44%) з них вбережуться від хвороби.

«Доконтактна профілактика» може значно обмежити появу нових інфікованих, а значить – допомогти стримати епідемію ВІЛ-інфекції серед геїв у Британії. Побойовання, що через вживання медикаментів чоловіки будуть поводитися ризикованіше і, наприклад, нехтувати презервативами, не підтвердилися. За результатами минулорічного дослідження здоров'я 500 чоловіків, рівень захворюваності на інші статеві інфекції, зокрема хламідіоз, не змінився.

Це дослідження дуже важливе, оскільки демонструє, що у відносно короткий проміжок часу «доконтактна профілактика» допоможе суттєво стримати розповсюдження ВІЛ-інфекції.

## **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Проаналізуйте ВІЛ/СНІД як соціальну проблему.

2. Коли вперше офіційно СНІД кваліфікували як хворобу?
3. Назвіть шляхи передачі ВІЛ-інфекції.
4. Проаналізуйте нормативно-правове забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
5. Проаналізуйте систему лікування і підтримки уражених груп.
6. Назвіть етапи діагностики ВІЛу.
7. Проаналізуйте соціальну роботу з вагітними-ВІЛ-інфікованими.
8. Назвіть умови народження здорової дитини ВІЛ-інфікованою матір'ю.
9. Охарактеризуйте закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

### **Література до теми**

1. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми / Аряєв М. Л., Котова Н. В., Старець О. О. та ін. К. : Кобза, 2003. 168 с.
2. Закон України «Про запобігання захворювання СНІДом і соціальному захисту населення» // Рудий В. М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом : сучасний стан і шляхи вдосконалення. К. : Сфера, 2003. С. 34–44.
3. Калашников Ю. В. Профілактика ВІЛ/СНІДу: консультативні пункти «Довіра» центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2005. № 1. С. 155-170.
4. Методичні рекомендації щодо соціальної підтримки людей, які живуть з ВІЛ : з досвіду роботи / Калашников Ю. В., Крисов Л. П., Муценко Д. В. та ін. К. : ДСССДМ, 2005. 116 с.
5. Організація комплексного догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних людей на базі громадських центрів : метод. посіб. / [І. Агеєва, Я. Бляхарський, А. Бойко та ін.] ; за ред. Т. Семигіної. К. : Всеукраїнська мережа ЛЖВ, 2005. 127 с.
6. Семигіна Т. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. 620 с.
7. Стандарти соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні: передумови та перспективи / [упоряд.: В.А. Сановська, М.О. Микитюк]. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2005. 128 с.

### **Тема 9. Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання**

1. Категорія громадян, які відносяться до осіб без визначеного місця проживання.
2. Специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання.
3. Заклади соціального захисту для бездомних осіб і безпритульних дітей.

### *Ключові поняття і терміни*

- *особа без визначеного місця проживання;*
- *безпритульність;*
- *безпритульна особа;*
- *центр соціально-психологічної реабілітації;*
- *заклади для бездомних осіб;*
- *будинки нічного перебування;*
- *центр реінтеграції бездомних осіб;*
- *соціальний готель.*

### **1. Категорія громадян, які відносяться до осіб без визначеного місця проживання.**

Практично у всіх країнах світового співтовариства є особи без визначеного місця проживання, що не мають постійних засобів до існування, що займаються бродяжництвом і жебракуванням.

**До категорії громадян без визначеного місця проживання відносяться:**

1. Особи з психічною патологією, хворі на алкоголізм або наркоманію, які не бажають лікуватися, що загубили зв'язок із сім'єю й змушені блукати; жертви шахрайства з житлом.

2. Колишні засуджені, які втратили соціальні зв'язки і не спроможні реалізувати конституційне право на житло у зв'язку із:

- а) продажем житла родичами або його втратою внаслідок їхньої смерті;
- б) небажанням родичів спільно мешкати (людина насильно виганяється із житлоплощі, яку займає);
- в) недосконалістю функціонування структур щодо врахування й розподілу житла.

3. Особи, які ухиляються від виконання обов'язків, покладених судом, або здійснили злочин і змушені ховатися.

4. Особи, яких виселили за рішенням суду зі службової житлоплощі, яку вони займали, внаслідок припинення трудових відносин із підприємством, що надало житлову площу.

5. Біженці, змушені переселенці, які незаконно в'їхали в Україну з інших країн.

6. Діти, які втікають від батьків, з виховних закладів і будинків-інтернатів.

Відмінність осіб-«бомжів» від інших громадян полягає в наступному:

– категорія бомжів підрозділяється на «корінних», які живуть у підвалах, у покинутих будинках, на горищах, під лініями теплотрас, у каналізаційних криницях і в інших «теплих» місцях, і на «іногородніх», чие місце проживання – в основному, вокзали й території, що до них прилягають;

– більшість із них не мають житла, прописки, документів, родичів (суб'єктивно), визначених життєвих цілей і перспектив; відрізняються специфічним зовнішнім виглядом і запахом;

– весь спосіб життя «бомжів» спрямований на боротьбу за існування (відвойовування теплих і прибуткових місць), де джерелом останнього є добродійна допомога, милостиня, злочинство, дрібна крадіжка, епізодичний заробіток (збір і здача склотари, макулатури, лахміття, мийка машин, вагонів і т. ін.).

До тривожних чинників такого явища в нашому житті, як наявність осіб-«бомжів», варто віднести такі тенденції: погіршення криміногенної обстановки за їхній рахунок; ускладнення санітарно-епідеміологічної ситуації, особливо в районах масового скупчення бомжів (вокзали, ринки, посадки, громадський транспорт і т. ін.); зростання числа бомжів серед дітей (які втекли з неблагополучної сім'ї, виховного закладу, прив'язані родинними зв'язками до батьків-«бомжів») і серед громадян, які свідомо обрали такий спосіб життя.

## **2. Специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання.**

Соціальна робота з людьми без постійного місця проживання орієнтована на подолання особистої і соціальної функціональної вразливості людей, пов'язаної із втратою чи високим ризиком втрати житла.

Особливістю соціальної роботи з бездомними в багатьох західних країнах є широке застосування практики вуличної соціальної роботи, *завданням* якої є інформування про можливі послуги, ресурси і підтримку саме в місцях проживання чи розташування бездомних. Такими місцями можуть бути: вулиці, мости, парки, руїни будівель, будівельні майданчики, сміттєзвалища; станції метро, залізничні станції, місця для паркування автомобілів, теплотраси, підземні переходи; території підприємств, склади, сільськогосподарські будівлі; підвали, дахи, вагонні депо; місця біля церков чи монастирів тощо.

У багатьох західних країнах вуличні соціальні працівники в певний час упродовж двох–трьох годин перебувають у місцях скупчення бездомних людей, з'ясовують їхні потреби, надають інформацію та консультації. Вони володіють відповідними знаннями, навичками самозахисту, спілкування, дотримання санітарно-гігієнічних вимог тощо і тісно співпрацюють з правоохоронними органами, а також службами, які надають соціальні послуги.

Традиційно бездомних поділяють на такі *підгрупи*:

- самотні жінки;
- самотні чоловіки середнього віку;
- самотні чоловіки і жінки похилого віку;
- бездомні діти і підлітки;
- сім'ї з одним батьком; сім'ї з обома батьками;
- особи з проблемами психічного здоров'я;
- колишні ув'язнені.

Такий поділ допомагає соціальним працівникам здійснювати цілеспрямоване планування і надання послуг.

Особливо важливо під час вуличної соціальної роботи з бездомними знати і враховувати, упродовж якого часу людина є такою. Зазвичай протягом перших днів чи тижнів після втрати житла і перебування на вулиці людина перебуває в кризовому стані, переживає сильний стрес: шукає способи та можливості повернутися до «нормального» життя, намагається дотримуватися колишніх звичок, зберігає віру в те, що життя на вулиці є лише тимчасовим епізодом і їй вдасться змінити ситуацію на краще. Майже всі вони легко приймають допомогу і підтримку.

На наступному етапі вони пристосовуються до нового способу життя, засвоюють необхідні для виживання в екстремальних умовах знання й навички. І лише на третьому етапі (після кількох років бездомного життя) людина починає ідентифікувати себе з іншими бездомними, при звичається до бездомного життя, вважаючи його прийнятним і «нормальним». Інтеграція (включення) такої особи в суспільне життя дається надзвичайно складно, а більшість людей із таким досвідом потребують лише місця для ночівлі, необхідних санітарно-гігієнічних, медичних послуг. Для деякого з них обмеження, пов'язані з перебуванням в «нічліжці», є неприйнятними, і вони продовжують жити на вулиці. Найчастіше це стосується бездомних людей похилого віку та дітей.

Очевидним є те, що основні проблеми бездомних людей пов'язані не стільки з відсутністю у них житла, скільки з неможливістю внаслідок цього реалізувати більшість своїх громадянських прав, найголовніше з яких – право на працю. Втрата житла для більшості людей автоматично означає втрату місця, де вони можуть бути зареєстровані (прописані). У разі втрати паспорта людина, що не має реєстрації, практично позбавляється можливості його відновити. Усі соціальні послуги, допомоги чи виплати, пенсії, реєстрація в центрі зайнятості, медичні й інші послуги можна отримати лише за наявності в особи паспорта. Влаштуватися на легальну роботу без паспорта також неможливо. Однак спосіб життя, який змушені вести люди, що не мають визначеного постійного місця проживання, пов'язаний з ризиком бути пограбованим, втратити свої речі тощо. Тому найбільшою проблемою для бездомних людей є відсутність документів, що засвідчували б їхню особу. У зв'язку із цим важливою **формою** роботи є *представництво інтересів клієнтів, допомога у відновленні документів, юридична консультація стосовно повернення права на житло* тощо.

Соціальні працівники можуть також сприяти у *працевлаштуванні бездомних*, зокрема надавати інформацію про тимчасові роботи для них.

Діяльність соціальних працівників із надання допомоги цій групі клієнтів змушує фахівців вдаватися до нестандартних заходів, співпраці з організаціями, далекими від соціальної сфери. Цікавим прикладом цього є практика шотландських соціальних працівників, які звернули увагу на ту обставину, що чимало їхніх клієнтів періодично лікують шкірні інфекційні захворювання. Причиною цього були їхні собаки, тому соціальні працівники налагодили відносини з недержавною ветеринарною організацією, яка лікувала цих собак і надавала бездомним консультації стосовно догляду за

тваринами. Для вуличних соціальних працівників, які намагаються організувати послуги для бездомних, важливим є не так задоволення їхніх потреб шляхом розвитку різноманітних послуг в межах самої агенції чи громадської організації, як налагодження стосунків з іншими організаціями і використання їхніх ресурсів та можливостей для допомоги й підтримки своїх клієнтів. Створити додаткові можливості для допомоги бездомним може робота в громаді, мешканці якої приносять речі, одяг, книги тощо, які передають бездомним.

У багатьох країнах розвинута широка мережа притулків, гуртожитків, кризових центрів спільного проживання та інших закладів з різними термінами й умовами перебування, різною формою власності. Крім того, діють соціальні служби допомоги конкретним групам клієнтів, наприклад організації залежних людей, притулки для жінок та дітей, що зазнали насильства, спільноти самодопомоги, релігійні організації тощо. Адже бездомні люди, як правило, мають й інші проблеми, на подолання яких спрямовані зусилля інших соціальних організацій. Тому соціальні працівники, які надають послуги бездомним, повинні знати про ці організації, налагоджувати з ними зв'язки й залучати їхні послуги для своїх клієнтів.

Основні **обов'язки** соціального працівника в роботі з даною категорією зосереджені в таких його діях:

- працювати з людьми в місцях їхнього звичного перебування;
- разом з людиною намагатися визначити, у чому саме їй потрібна допомога;
- забезпечувати людей інформацією, інструментами й іншими ресурсами, які можуть допомогти їм знизити ступінь шкоди, пов'язаної із вживанням наркотичних речовин, в їхньому житті;
- надавати клієнтові правдиву і точну інформацію про можливі шкідливі наслідки для його здоров'я та про небезпеку зараження ВІЛ-інфекцією;
- не ігнорувати й не заохочувати ризиковану поведінку, забезпечувати можливість анонімного та безкоштовного консультування й лікування;
- створювати підтримувальне середовище для представників цільової групи, залучати споживачів ін'єкційних наркотичних речовин до діяльності з профілактики ВІЛ/СНІДу ;
- співпрацювати з іншими особами чи службами, які працюють за програмою зменшення шкоди, виявляти готовність до обговорення будь-яких проблем і питань, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, починаючи від найбезпечніших способів вживання й закінчуючи варіантами позбавлення наркозалежності, заохочувати споживачів звертатися до відповідних організацій та програм, що працюють у даній сфері.



### **3. Заклади соціального захисту для бездомних осіб і безпритульних дітей**

**Заклади для бездомних осіб і безпритульних дітей** – соціальні заклади, діяльність яких спрямована на допомогу бездомним особам і безпритульним дітям, їхню підтримку та реінтеграцію.

Зкладами соціального захисту для осіб без постійного місця проживання є:

**1. Будинок нічного перебування** – заклад соціального захисту для ночівлі (розміщення на ніч) бездомних осіб, прийом до якого не потребує попереднього медичного обстеження. Діяльність будинку нічного перебування регулюється типовим положенням, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики.

**2. Центр реінтеграції бездомних осіб** – заклад соціального захисту, діяльність якого спрямована на поступове повернення бездомної особи до самостійного повноцінного життя шляхом надання їй комплексу соціальних послуг з урахуванням індивідуальних потреб.

Центр реінтеграції бездомних осіб може утворюватися для жінок, чоловіків, сімей з дітьми, осіб, хворих на наркоманію та хронічний алкоголізм (які пройшли курс лікування) та ін., з наданням тимчасового притулку денного перебування, коротко-(до шести місяців) і довготривалого (понад шість місяців) проживання.

Діяльність центру реінтеграції бездомних осіб регулюється типовим положенням, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики.

**4. Соціальний готель** – заклад соціального захисту для проживання бездомних осіб, який має у своєму складі окремі номери (кімнати).

До соціального готелю приймаються бездомні особи, які працюють або мають інше постійне легальне джерело доходу, недостатнє для оренди (наймання), купівлі житла.

Проживання бездомних осіб у соціальному готелі є платним.

Оплата за проживання в соціальному готелі може здійснюватися безпосередньо бездомною особою або іншою фізичною чи юридичною особою.

Діяльність соціального готелю регулюється типовим положенням, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики.

Заклади соціального захисту для бездомних осіб створюються місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, релігійними організаціями, підприємствами, установами, різними організаціями, незалежно від форми власності, фізичними особами відповідно до потреб регіону. Засновник може утворити заклад соціального захисту для бездомних осіб – центр комплексного обслуговування бездомних осіб. Структурні або відокремлені

підрозділи такого закладу можуть надавати послуги, що надаються закладами, зазначеними в частині першій цієї статті.

Зкладами соціального захисту для безпритульних дітей є:

**1. Притулок для дітей служби у справах дітей** – заклад соціального захисту, створений для тимчасового перебування в ньому дітей віком від 3 до 18 років.

**2. Центр соціально-психологічної реабілітації дітей** – заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинилися у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги.

**3. Соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко)** – заклад соціального захисту для проживання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах, безпритульних дітей віком від 3 до 18 років, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги і подальшого влаштування дітей.

Діяльність закладів соціального захисту для безпритульних дітей здійснюється відповідно до типових положень, затверджених Кабінетом Міністрів України.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «людина без визначеного місця проживання».

2. Які категорії громадян відносяться до осіб без визначеного місця проживання?

3. Охарактеризуйте соціальний портрет осіб без визначеного місця проживання.

4. Назвіть причини бездомності.

5. На які підгрупи поділяють бездомних осіб?

6. Окресліть основні обов'язки соціального працівника в роботі з даною категорією.

7. У чому полягає специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання.

8. Назвіть заклади соціального захисту для бездомних осіб.

9. Чим регулюється діяльність центру реінтеграції бездомних осіб?

10. Назвіть заклади соціального захисту для безпритульних дітей.

11. Проаналізуйте сучасні наукові погляди на деякі проблеми осіб без визначеного місця проживання.

### **Література до теми**

1. Бездомність – не ступінь морального падіння [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://dt.ua/socium/bezdomnist-ne-stupin-moralnogo-padinnya>.

2. Вадзюк О.В. Соціальна робота з клієнтами. *Соціальна робота в Україні: теорія та практика*. К.: УДЦССМ, 2002.

3. Горелов Д. Роль громадянського суспільства у реформуванні системи надання соціальних послуг населенню. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/Monitor/desember08/28.htm>

4. Горемикіна Ю. Проблеми розвитку недержавних організацій у сфері надання соціальних послуг. Демографія та соціальна економіка. 2009. №1(11). С.161-168

5. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи. К.: МАУП, 2002.

6. Долженко А.И. Соціальна робота з бездомними [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://ecosoc.kharkov.ua/publ/6-1-0-8>.

7. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 1) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>.

8. Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей: Закон України (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, №26) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>.

## **Тема 10. Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї**

1. Насильство в сім'ї як соціальна проблема.
2. Загальні підходи і принципи соціальної роботи із клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї
3. Профілактика насилля та теорії подолання наслідків насилля.
4. Організація надання послуг клієнтам, які зазнали насильства в сім'ї.
5. Діяльність соціальних служб у роботі з клієнтами, які зазнали насилля в сім'ї

### *Ключові поняття і терміни*

- сім'ї;
- насильство;
- насильство в сім'ї;
- жертва насильства;
- профілактика насилля;
- центр допомоги жертвам насилля.

### **1. Насильство в сім'ї як соціальна проблема.**

Проблема насильства в сім'ї інтегрована в культуру багатьох суспільств. Це поняття охоплює різні види поведінки й має вагомі соціальні наслідки.

Згідно з Законом України «Про попередження насильства в сім'ї», насильство в сім'ї розглядається як «будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному та психічному

здоров'ю». Виділяють **фізичне, сексуальне, психологічне, економічне насильство в сім'ї**.

**Фізичне насильство** – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому члену сім'ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести чи призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі та гідності.

**Сексуальне насильство** – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру по відношенню до неповнолітнього члена сім'ї.

**Психологічне насильство** – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ чи погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю.

**Економічне насильство** – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного – психічного здоров'я.

Щодо насильства над дітьми в сім'ї, то в практиці соціальної роботи часто використовують поняття «жорстоке поводження з дітьми». І окрім фізичного, психологічного, сексуального й економічного насильства інколи виділяють ще й **недбале ставлення до дитини** – відсутність з боку батьків належного забезпечення умов, потрібних для здорового розвитку дитини, що включають наявність достатнього харчування, одягу, житла, виховання, освіти, медичної допомоги; а також відсутність уваги, залишення дитини без нагляду, внаслідок чого вона може стати жертвою нещасного випадку. Може виникати як через об'єктивні причини (бідність, психічні хвороби батьків, їхню недосвідченість), так і без них.

Якщо говорити про **насильство над людьми літнього віку**, то до нього відносять: відсутність медичної допомоги, погане харчування, насильницьке відокремлення від інших членів родини, привласнення їхніх грошей або речей. Наслідком усіх цих дій може стати загроза життю й здоров'ю літнього члена родини. Найжорстокіші акти насильства набувають форми навмисного завдання збитку чи покалічення.

Окреслюючи проблему насильства, важливо констатувати, що насильство – це явище, яке виникає з діяльності людини. При цьому інколи наголошують, що насильство можна розглядати і як прояв бездіяльності. Прикладом цього можуть слугувати випадки ненадання допомоги людині, яка її потребує, ігнорування, недбале ставлення до дитини, людини похилого віку тощо. Така діяльність чи бездіяльність характеризується певними властивостями:

- **умисність**: насильство завжди спрямоване на досягнення певної цілі, воно є наслідком продуманої дії, тобто не є випадковим;
- **порушення прав та свобод іншої людини**: насильство завжди пов'язане з порушенням якихось прав особистості або групи осіб;

– *низький рівень самозахисту*: між учасниками насильницьких дій присутні різного роду переваги: фізична сила (чоловік щодо дружини, батьки щодо дітей, дорослі щодо людей похилого віку), вікові переваги (батьків щодо дітей);

– *спричинення шкоди* (фізичної, моральної).

Концептуальне осмислення «насильства в сім'ї» демонструє наявність різних аспектів цього явища, зокрема:

– етапність чи циклічність;

– здатність до повторення;

– здатність до посилення (кожен наступний акт є більш загрозливим для жертви);

– є ефективним, швидким та найменш витратним засобом досягнення результату;

– відповідальність завжди є на стороні кривдника, незалежно від того, які дії чинить той, хто зазнає кривдження (жертва);

– існування тісних емоційних зв'язків між кривдником та жертвою, що перешкоджає зверненню за сторонньою допомогою.

Будь-які члени родини можуть стати об'єктом-жертвою насильства в сім'ї. Можна констатувати п'ять типів сімейної жорстокості:

– чоловіка по відношенню до дружини чи навпаки (так зване подружнє насилля);

– із боку батьків по відношенню до дітей;

– дітей і онуків по відношенню до престарілих родичів;

– старших дітей щодо молодших;

– одних членів сім'ї щодо інших.

Варто зауважити, що самі жертви насилля схильні приховувати свідчення та факти насильства і зловживання. Подібна поведінка може бути зумовлена наступними причинами:

– жертва може бути залежна від насильника у своїх основних життєвих потребах, що пов'язані з її виживанням;

– страх перед посиленням насильства;

– страх залишити дім та бути перемішеним у стаціонарний заклад;

– жертва може приймати на себе відповідальність за поведінку насильника, відчувати сором чи провину за виховання дочки або сина, які чинять насильство чи поблажливо ставляться до випадків насильства з боку інших;

– стосунки прив'язаності можуть бути набагато сильнішими, ніж бажання вийти із ситуації та покласти край насиллю;

– страх піддати небезпеці статус сім'ї в громаді;

– уявлення про те, що приватне домінує в сім'ї і стороннім людям немає справи до того, що відбувається між родичами.

Разом з тим, 70 % усіх жертв важких насильницьких актів у сім'ї становлять *жінки і діти*.

Офіційна статистика стосовно домашнього насильства не відображає реальну картину, оскільки більшість жертв не звертається за допомогою до органів внутрішніх справ. За даними опитувань, насильство в українській сім'ї – досить поширене явище. Соціологічні дослідження свідчать: 68 % жінок у країні потерпають від знущань у сім'ї, у тому числі 20 % – «як правило або часто» (найчастіше – це побої з боку чоловіка), 50 % жінок зазнавали сексуальних домагань на роботі, а 8 % із них – досить часто.

За результатами кримінологічних досліджень, у 57,2 % сімейно-побутові злочини супроводжувались фізичним насильством над жертвою, у 18 % – їхні учасники застосовували холодну зброю. Вартий уваги і той факт, що насильство в сім'ї не є винятковою монополією чоловіків: питома вага осіб жіночої статі, які вчинили злочини на побутовому ґрунті, – 26,3 % .

На жаль, інформація про масштаби цього соціального зла в нашій країні є не зовсім об'єктивною та достовірною. Крім того, випадки насильства стосовно жінок, дітей, людей похилого віку, їхня поширеність і типологія залишаються, здебільшого, прихованими і не знаходять відображення у статистиці. Особливо це стосується сексуального та домашнього психологічного насильства.

## **2. Загальні підходи і принципи соціальної роботи із клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї.**

*Метою соціальної роботи* з випадками насильства в сім'ї є надання допомоги членам сім'ї, які зазнали насильства в сім'ї чи були свідками цих дій, у попередженні фактів насильства над ними та подоланні наслідків насильницької поведінки шляхом наснаження та підтримки, використання інтервенційних та консультативних стратегій, організацією безпечного середовища, створення служб мережі підтримки та формування ненасильницької культури взаємовідносин у сім'ї.

У літературі поширені різні теорії та підходи щодо пояснення причин насильства та жорстокості, й у конкретному випадку непросто визначити чинники насильства.

Серед теорій і пояснень **чинників** насильства найчастіше виділяють **психологічні та соціальні**. Прибічники психологічних теорій зосереджують увагу на психологічних чинниках ризику – передовсім схильності до насильства у кривдників та особливостях потерпілих. Теорії соціальної причинності розглядають зовнішні чинники, що впливають на появу насильства, а саме – культурні норми, бідність, безробіття, соціальна ізоляція, низький освітній рівень тощо.

Так, батьки можуть бути схильними до *жорстокого поводження з дітьми* через вживання алкоголю чи наркотиків, психічні розлади, агресивність, відсутність самоконтролю, низьку самооцінку. Жорстоке поводження з дітьми може бути для них способом самоствердження за рахунок більш слабких. Дослідники доводять, що наявність у батьків власного досвіду жорстокого поводження у дитинстві є важливим фактором ризику. Генераційне відтворення жорстокого поводження полягає в тому, що

батьки виховують дітей так, як виховували їх самих. До особливостей дітей, що можуть провокувати жорстоке поводження, відносять недоношеність, хворобливість, небажаність дитини. Ризик жорстокого поводження існує для дітей з фізичними чи розумовими вадами, оскільки вони є більш залежними від батьків, мають менше контролю над життям. До соціальних факторів ризику відносять втрату підтримки одного з подружжя, нестачу часу у працюючих батьків для виховання дитини, низький рівень освіти, безробіття, житлові проблеми. На думку дослідників існує зв'язок між бідністю і жорстоким поводженням з дітьми, незадовільні фінансові умови призводять до експлуатації дітей. До соціальних факторів, що впливають на жорстоке поводження з дітьми, відносять такі соціально-демографічні характеристики сімей: як відсутність одного з батьків (неповна сім'я), наявність мачухи чи вітчима.

Загалом, жорстоке ставлення до дітей – результат взаємодії багатьох чинників, до уваги слід брати як кожную дитину зокрема, так і її батьків, їхні психологічні характеристики та соціальні чинники, які впливають на сім'ю. Кожна дитина частіше страждає від декількох форм насильства. Насильство над дитиною може трапитися у будь-якій сім'ї, незалежно від національності, класової приналежності чи релігії.

**Насильство над жінкою в сім'ї** пояснюють, виходячи з трьох ключових підходів: 1) *соціально-історичного*; 2) *системно-сімейного*; 3) *індивідуально-психологічного*.

Згідно з *першим підходом*, насильство розглядається як соціальна проблема, що виникла через домінуючу позицію чоловіка у суспільних відносинах і є важливим фактором дискримінації одного з її членів. При цьому практично немає механізму для викорінення цієї дискримінації. Безкарність насилля в сім'ї стає моделлю гендерної поведінки, яка засвоюється дітьми як норма і відтворюється з покоління в покоління. Значною мірою така поведінка є наслідком традиційного виховання, при якому агресивна поведінка чоловіків розглядається як єдиний спосіб вирішення існуючих проблем. Цей підхід сформувався та поділяється представниками феміністського руху.

За *системно-сімейним підходом*, домашнє насильство чи подружнє насильство також можна розглядати як систему поведінки, метою якої є досягнення влади і контролю в сімейних стосунках. Цей підхід фокусується на походженні та формах конфлікту і вивчає особливості взаємодії, динаміки спілкування, процесу вирішення конфліктів у сім'ї як системі. Разом з тим, індивідуально-психологічна перспектива розгляду проблеми насильства в сім'ї передбачає акцентування уваги на наслідках насильницьких дій.

Що стосується *насильства над людьми похилого віку*, то головним психологічним чинником є зміна ролей і залежність батьків від дорослих дітей. У той же час визначені такі характерні риси жертви: постійні претензії і скарги, – які також можуть сприяти жорстокості.

Насильство в сім'ї має соціальні наслідки. Так, *насилля над жінкою в сім'ї* – це й приниження людської гідності жінки, яке перешкоджає її

вільному і активному розвитку в суспільстві, а також виховні проблеми, пов'язані з явищем так званої «соціальної естафети», коли діти, які стають свідками насилля в сім'ї, переносять надалі отриманий негативний досвід своє власне життя.

*Діти, які зазнають жорстокого поводження, переживають психічну травму, внаслідок якої вони розвиваються з певними особистісними, емоційними та поведінковими особливостями. У дослідників даної проблеми не існує сумніву, що пережите у дитинстві насильство пов'язане з формуванням у майбутньому певних особистісних розладів. Діти, які зазнали будь-якого виду жорстокого поводження, мають більше емоційних та поведінкових проблем, труднощів з навчанням порівняно з дітьми із сімей, де насильство відсутнє, жорстоке поводження перешкоджає здоровій соціалізації дитини. Негативні наслідки жорстокого поводження – прагнення ізолюватися від суспільства, проблеми з навчанням, нездатність контролювати свою поведінку, невпевненість, почуття тривоги, гніву, стійкі дитячі страхи, порушення контактів з дорослими, розвиток депресії та почуття неповноцінності.*

Соціальна робота з людьми, які зазнають насильства у сім'ї, спирається на ідею, що кожна людина має право на життя й на безпечне середовище.

Наприклад, захист дітей від насилля ґрунтується на таких загальних принципах:

- усі країни, що ратифікували Конвенцію ООН про права дитини, зобов'язані дотримуватися її статей;
- діти мають право бути вільними від зла, насильства та різного роду експлуатації. Вони також мають право повідомляти дорослих про будь-який випадок поганого ставлення до них, а їхні скарги повинні бути ретельно розглянуті;
- саме дорослі повинні захищати дітей. Діти не несуть відповідальності за власний захист та безпеку;
- всі члени суспільства відповідальні за захист дітей;
- професія соціального працівника має унікальне покликання захищати дітей та сприяти обізнаності громадськості про різні форми насильства над дітьми.

Таким чином, співіснують різні теорії та підходи стосовно пояснення причин насильства та жорстокості, й у конкретному випадку непросто визначити чинники насильства. Але головне завдання соціальних працівників – допомогти клієнтам почуватися в безпеці, не відтворювати моделей насильницької поведінки.

### **3. Профілактика насилля і теорії подолання наслідків насилля.**

Вплив психологічних, соціокультурних, правових та індивідуальних факторів, характер наслідків насильства в сім'ї, особливості психічного і фізичного стану людей, які зазнали насильства, специфічні потреби й



індивідуальність кожного випадку зумовлюють різноманіття теоретичних підходів, стратегій та моделей роботи з такими клієнтами.

Спеціалісти наголошують на потребі профілактики жорстокого поводження. Міжнародні експерти визначають наступні форми запобіжних заходів проти насильства на дітьми: *первинні, вторинні й третинні*.

**Первинні засоби запобігання насильства над дітьми** – дії, спрямовані на інформування громадськості щодо наслідків жорстокого поводження з дітьми та зміну поведінки стосовно виховання дітей. Прикладами таких дій є інформаційні кампанії щодо підвищення громадської свідомості, які проводяться як державними, так і недержавними організаціями.

Зазвичай, первинні засоби запобігання насильства включають у себе відвідування працівниками соціальної служби та служби охорони здоров'я сім'ї; здійснення навчальних програм з усвідомленого батьківства й розвитку дитини; функціонування телефонних ліній допомоги; консультування у громадських центрах тощо.

Соціальні працівники виконують важливу роль в організації первинних профілактичних заходів щодо жорстокого поводження з дітьми, особливо у проведенні навчання для батьків.

**Вторинними засобами запобігання насильству** є спеціалізовані послуги сім'ям, які потребують додаткової допомоги, шляхом визначення «факторів ризику» у ставленні до дитини. Соціальному працівникові в цьому випадку необхідно пам'ятати, що не всі сім'ї, з якими пов'язані «фактори ризику», матимуть випадки поганого ставлення до дитини.

При проведенні відбору сім'ї для втручання необхідно враховувати наступні фактори: батьківське сприйняття дитини, батьківську позицію щодо дитини, індикатори формування прив'язаності, якість батьківства.

**Третинні засоби запобігання насильства** – це надання послуг дітям і сім'ям, які вже зазнали насильства чи відчули прояви нехтування їхніми правами. Відповідне (реакційне) стеження та виявлення випадків насильства чи нехтування дітьми приводить до втручання у сім'ю з метою припинення поганого ставлення та попередження його в майбутньому. Цей вид діяльності є необхідним навіть за наявності первинних і вторинних запобіжних заходів.

Спеціалісти у сфері роботи з дітьми, які зазнали фізичного чи сексуального насильства, вважають, що загальноприйнятої формули кризового втручання не існує. Інтервенції у вигляді кризового втручання і короткострокове психологічне консультування ефективні у випадку одиначного інциденту, при тривалому насильстві необхідна тривала робота, зокрема не лише з дитиною, але й з усією сім'єю.

Жоден спеціаліст не повинен працювати наодинці, розслідуючи справу із захисту прав дитини; і ні в якому разі рішення щодо насильства, скоєного над дитиною, не повинні прийматися самотійно. Це має робитися спільно з іншими спеціалістами на зустрічах із залученням представників інших відомств. Відомства, відповідальні за охорону здоров'я, освіту та добробут дітей, повинні співпрацювати, щоб захищати дітей свого регіону.

У своїй повсякденній роботі соціальні працівники можуть дізнатися про те, що над дитиною вчинено насильство, від: самої дитини, близького оточення дитини, наприклад її товариша, родича дитини, сусіда, іншого спеціаліста, наприклад, учителя. Незалежно від того, є дитина клієнтом соціального працівника чи ні, він повинен вчинити дії щодо захисту дитини.

При отриманні інформації такого роду від дитини, необхідно:

- зважати на вік та рівень розуміння дитиною того, що сталося;
- довіряти словам дитини; слід запевнити її в тому, що вона вчинила правильно, розповівши комусь про насильство над нею;
- дати дитині знати, що ви якомога швидше почнете допомагати їй;
- пам'ятати про безпеку дитини й вимоги конфіденційності: слід забезпечити, щоб під час діяльності із захисту дитини вона не постраждала ще більше.

Щоб дитина розповіла про вчинене над нею насильство або недбале ставлення, її потрібно переконати, що дорослі їй вірять. У цілому, для дітей не притаманно вигадувати казки про насильство, оскільки вони не бажають завдати прикрощів родині. Для них більш властивим є заперечувати, що насильство мало місце, ніж визнати, що це сталося. Причина полягає у тому, що дітям соромно говорити про це, і вони відчують себе винними через те, що з ними скоїли.

Необхідно пам'ятати про наступне:

- зустріч із дитиною слід проводити на безпечній відстані від кривдника,
- бесіди з дітьми не повинні тривати довго (не більше години);
- дозволити дитині розповісти про те, що трапилося, не перебивати;
- не просити дітей постійно повторювати розповідь про те, що сталося;
- будь-який вияв недовіри або манера говорити з дитиною «як на допиті» не дозволять дитині говорити вільно;
- краще ставити відкриті, а не прямі запитання,
- діти активніше реагують на прохання погратися або намалювати щось, аніж відповідати на запитання;
- думки про дитячі мрії та фантазії (особливо в маленьких дітей) не означають, що дітям не можна вірити. Діти можуть виявляти думки по-своєму. Слід прислуховуватися до дитячих розмов, ігор, малюнків; в них можуть виявитися наслідки травми.

Насильству над дитиною слід надати певний контекст: не варто судити про окремий випадок насильства, потрібно дослідити всі супроводжувальні обставини, становище дитини та ситуацію в сім'ї. Треба зважити, чи випадок насильства був поодиноким, чи насильство відбувається в сім'ї регулярно, чи стан занедбання тимчасовий (наприклад, викликаний стресом, який переживають батьки), чи мають місце постійні ознаки недбалого батьківства (наприклад, викликане пияцтвом батьків).

Коли відомості про обставини насильства зібрано, слід розгорнути активний обмін інформацією, який передбачає обговорення випадку

наси́льства між соціальним працівником і його керівником, подальший збір інформації та її перевірку серед інших спеціалістів та членів родини, прийняття рішення про те, чи варто в конкретному випадку переходити до наступного етапу процедури дій, а саме до скликання міжвідомчих зустрічей представників ключових служб для обговорення подальших дій.

Розслідування випадків відрізняється за ступенем участі та втручання різних спеціалістів. Деякі справи передбачають залучення міліції (якщо мав місце злочин), в інших випадках – достатньо інформації, зібраної соціальними працівником, і необхідне залучення медиків та психологів для надання допомоги дитині тощо. Деякі справи вимагають тимчасового або постійного позбавлення батьківських прав рішенням суду, але таких випадків зазвичай небагато. Як правило, ситуацію можна і треба розв'язувати, не розділяючи сім'ю.

У будь-яких справах, де йдеться про насильство, метою соціального працівника повинно бути співробітництво з тим із батьків, хто не чинив насильства над дитиною, щоб у майбутньому він/вона стали на бік дитини.

Якщо стався випадок жорстокого насильства або поганого ставлення, слід застосувати додаткові заходи для посилення безпеки і захисту дитини. Наприклад, соціальному працівникові слід відвідувати родину частіше та інколи здійснювати вибіркову перевірку сім'ї, не попереджаючи останню про це. В інших випадках батькам слід сказати, що продовження такої поведінки, наприклад надмірного випивання, зловживання наркотиками, застосування фізичної сили та сексуального насильства до дітей, є неприпустимим і може призвести до втрати батьківських прав.

Діти, над якими було вчинено насильство, можуть унаслідок цього залишитися травмованими та потребуватимуть допомоги фахівців, щоб подолати стрес. Соціальний працівник зобов'язаний організувати надання дитині необхідної медичної і психологічної допомоги.

Діти краще захищені, якщо робота спеціалістів проводиться у партнерстві з тим із батьків, який не чинив насильства над дитиною.

Розглядаючи форми та **методи роботи з жінками**, які зазнали насильства, зазначимо, що у зарубіжній практиці соціальної роботи найчастіше вдаються до: профілактичної роботи; роботи з правоохоронними органами; організації притулків (шелтерів) для побитих жінок; надання консультацій.

Загалом, консультативні стратегії ґрунтуються на проведенні: первинного інтерв'ю; наданні підтримки; заохочуванні вираження; акцентуванні на сильних якостях жінки; наданні інформації; аналізі альтернатив; визначенні плану; адвокатуванні (представництві інтересів).

Щодо особливостей методу первинного інтерв'ю, то тут особлива увага звертається на стан жінок. Побиті жінки під час перших зустрічей почуваються досить тривожно. Вони переживають з приводу того, що і як слід говорити. Соціальні працівники повинні створити довірливу та комфортну атмосферу, і переконати жінку в тому, що вона не повинна говорити щось, чого вона не хоче говорити. Постраждала жінка має також

відчувати, що консультант є безоцінювальним та некритичним, дотримується принципу конфіденційності.

Чимало жінок при консультуванні проявляють такі емоційні реакції: страх, злість, провину і навіть сумніви щодо власного психічного здоров'я. Консультантові потрібно заохочувати постраждалу дозволити її емоціям вийти назовні. Лише потім вона буде в змозі долати їх. Консультант може надалі допомогти жінці подивитися об'єктивно на власну ситуацію.

Важливим аспектом консультування є фокусування на сильних сторонах постраждалої. Побиті жінки страждають від низької самооцінки. Вони потребують допомоги у визначенні їхніх позитивних характеристик.

Обов'язковим елементом допомоги повинно бути інформування про медичні, соціальні, юридичні послуги й служби, які можуть надати жінці кращі можливості. Водночас, варто також звертати увагу на етап дослідження альтернатив розв'язання своєї проблеми, оскільки жінки можуть відчувати себе у пастці, не бачити вирішення їхньої ситуації.

Загалом, соціальні працівники можуть допомогти жінці: повернути владу та контроль над своїм життям, виробити адекватну самооцінку, зменшити залежність жінки від насильника й відповідальність жертви за насилля над нею, розвивати нетерпимість і неприйняття будь-якої агресії.

При роботі з жінками-жертвами насильства в сім'ї в останні роки набула поширення модель груп взаємопідтримки. Організація такого виду допомоги бере свій початок з феміністичного руху. Значна роль при такій взаємодії з жінками надається освітньо-просвітницьким методам втручання: знайомство з правами жінок, зміна гендерних стереотипів та уявлень про роль жінки в суспільстві, розвиток лідерських якостей та навичок самопредставництва. У групах взаємопідтримки значний акцент надається терапевтичним факторам: універсалізація переживань, міжособистісне навчання, розвиток навичок спілкування.

Основні соціальні фактори, які впливають на успішність адаптації жінки: відсутність фізичних наслідків травми; стабільне фінансове становище; збереження соціального статусу; наявність соціальної підтримки з боку суспільства й особливо групи близьких людей.

Для **розв'язання проблеми насильства над літніми людьми** чи запобігання подібного ставлення у сім'ї необхідно, щоб її члени навчилися розумінню процесів старіння й організації правильного догляду за своїми старшими родичами. Особливо важлива тут координаційна роль соціальних працівників щодо діяльності органів охорони здоров'я, невідкладної допомоги, міліції, юридичних служб.

Працівники соціальних служб можуть допомогти клієнтам, що страждають від насильства та зловживань в сім'ї, у такий спосіб:

- проводити опитування з метою встановлення наявності насильства в родині,
- розробляти всебічний план допомоги, аналізувати ефективність розпочатих дій,
- допомагати в розв'язанні важливих життєвих справ потерпілих;

- надавати юридичні та психологічні поради або вказувати місця, де можна отримати таку допомогу і позички з метою досягнення економічної самостійності, надавати фінансову допомогу у вигляді постійних, тимчасових чи цільових виплат;

- надавати гуманітарну допомогу, наприклад, одягом, харчами,
- вказувати адресу, де жертва домашнього насильства може отримати допомогу, притулок, надавати номер телефону «Довіри»;

- у разі необхідності або за бажанням зацікавлених осіб звертатися до міліції з пропозицією про застосування попереджувальних заходів до винуватця насильства відповідно до повноважень міліції (у деяких випадках одного тільки візиту дільничного інспектора міліції та бесіди щодо можливих санкцій, які можуть бути застосовані до насильника, буває достатньо, щоб стримати фізичне насильство);

- організовувати і забезпечувати функціонування інформаційних пунктів, осередків допомоги, груп підтримки для жертв домашнього насильства;

- співпрацювати з іншими державними і громадськими організаціями (це можуть бути, насамперед, жіночі організації чи кризові центри для жінок, кримінальна міліція у справах неповнолітніх, які мають досвід в роботі з людьми, що потерпають від домашнього насильств).

Таким чином, методи і методики соціальної роботи з людьми, які зазнали насильства, варіюються залежно від віку клієнта, його самостійності у розв'язанні власних проблем, виду насильства, яке він чи вона зазнають тощо. Розгляд проблеми насильства в сім'ї через призму психосоціальних наслідків спрямований на розкриття нових перспектив її подолання. Звернення уваги на індивідуально-психологічний підхід, який застосовується в діяльності зарубіжних та вітчизняних науковців і практиків, доводить необхідність організації більш конструктивного підходу до системи надання підтримки жертвам насильства та проведення короткочасних/довготривалих інтервенцій.

#### **4. Організація надання послуг клієнтам, які зазнали насильства в сім'ї.**

В Україні соціальна робота з людьми, які стали жертвами насильства, починає розвиватися лише наприкінці 1990-х років. Насамперед ця робота спрямовувалася на жінок і розвивалася передусім такими громадськими організаціями: «Вінрок Інтернешнл» (Жіночий Консорціум ННД – США), благодійним фондом «Жіноча доля», «Грейс – Клубом» (жіночий культурно-просвітницький центр) та ін. Щоправда, у Києві було створено й державну структуру – Київський міський центр по роботі з жінками. Однак про таке розмаїття організацій та послуг, яке спостерігається в інших країнах, говорити поки що не доводиться. Також в Україні і досі бракує механізму швидкого й ефективного захисту від насильства, особливо захисту дітей, відповідних інституцій і спеціалістів. Загалом, сучасна українська система захисту прав та свобод людини працює не зовсім ефективно. У пресі

постійно висвітлюються факти порушень, проте правоохоронні органи недостатньо реагують на такі порушення.

Разом з тим в останні роки в Україні ведеться певна робота із запобігання насильству в сім'ї. 15 листопада 2001р. було прийнято Закон України «Про попередження насильства в сім'ї». Як наслідок прийняття закону почала розширюватися мережа державних соціальних служб, інформаційно-консультативних центрів, притулків для жінок, які зазнали насильства. Утім, ця мережа не є достатньо ефективною, а положення, задекларовані в законі не втілюються в реальність, про що свідчить статистика Міністерства внутрішніх справ України. Допомога жінкам, які зазнали насильства в сім'ї, надається фрагментарно й майже виключно у великих містах. Практичні моделі надання допомоги в існуючих в Україні кризових центрах мало зважають на необхідність системного підходу з урахуванням усіх особливостей жінок, що зазнають насильства у сім'ї, та важливість проведення паралельної інформаційно-профілактичної роботи.

Наразі соціальні працівники вже зараз повинні ініціювати роботу із захисту дітей від насильства. Послідовні та продумані дії спеціалістів із соціальної роботи здатні змінити практику роботи служб і установ соціальної сфери на місцях стосовно покращення захисту дитини від насильства. Необхідною умовою успіху є активна робота на міжвідомчому рівні, залучення всіх дотичних служб і установ до цього процесу.

У розвинених країнах привернення уваги як громадськості, так і науковців до проблеми насильства над жінкою, поширення й активний розвиток рухів за права жінок зумовили розробку значної кількості практичних моделей надання допомоги жінкам- жертвам насильства у сім'ї.

Однією з перших форм допомоги жінкам були притулки («shelters»), які надавали жінкам такі види послуг: 24-годинні „гарячі лінії”, забезпечення житлом та працевлаштування, медичне обслуговування, допомога у вирішенні юридичних та майнових проблем, консультування. Спектр послуг таких центрів розширювався з подальшим вивченням проблеми насильства в сім'ї. З моменту, коли насильство почало розглядатися ширше, ніж нанесення фізичної шкоди, однією з найважливіших послуг стало психологічне консультування. У 90-х рр. в межах консультування використовувалися такі види і техніки психотерапевтичного втручання: короткотривале цілеспрямоване кризове втручання, когнітивно-біхевіоральна терапія, групова та сімейна терапія.

Наприклад, у США функціонують державні, громадські і приватні соціальні та психолого-соціальні служби, які надають допомогу сім'ям у розв'язанні конфліктів і налагодженні стосунків між подружжям. Створено доволі жорстку систему контролю за насильством над дітьми, за якої соціальним працівникам надано право на кризове втручання (термінове вилучення дитини із родини й передачу до кризового центру або до тимчасової прийомної родини) та порушення питання щодо позбавлення батьків права на виховання дитини.

Перший у США притулок для жінок, що зазнали насильства, та їхніх дітей створено 1885 року в Чикаго. 1990 року на території США та Канади налічували понад 1 250 притулків. Головна мета сучасних американських притулків – це організація безпечного перебування, надання первинної допомоги, грошової, юридичної допомоги та медичних послуг. Жінки можуть перебувати там, доки не знайдуть роботи або нового місця проживання. Держава оплачує витрати на переїзд до будь-якого місця. При американському притулку функціонують школи та дитячі садки.

У США організації, які надають допомогу жінкам, що постраждали внаслідок насильства, отримують державне фінансування, хоча надавачами послуг, як правило, є недержавні організації.

Отож, окрім звичайних притулків, у США в рамках державної програми створено Правничий центр (Legal Center), мета якого полягає у наданні юридичної допомоги. До переліку послуг таких закладів входять: юридичні консультації, зокрема по телефону, юридичний супровід у цивільних справах (наприклад, розлучення), юридичний супровід у кримінальних справах (коли жертва насильства скоїла злочин проти агресора і була заарештована), юридична допомога в разі, якщо жертва вбила свого насильника з метою самозахисту.

І, нарешті, жінкам можуть бути надані так звані послуги «перехідного житла» (transitional housing): оплата квартири для жінок-жертв насильства і дітей, які після негативного досвіду вирішили змінити ситуацію та перейти до самостійного життя; догляд за дитиною (діти перебувають у стінах спеціального центру, або додому приходить няня від соціальної служби); юридичні консультації та супровід; навчання новим навичкам і програми для підвищення самооцінки; допомога в отриманні постійного житла та забезпечення інших потреб (наприклад, освіта чи консультування).

Нині в американських установах із надання допомоги жінкам, що стали жертвами насильства, є працівники різного профілю, які мають освіту бакалавра або магістра. Зазвичай, 6–10 професіоналів працюють повний робочий день і ще кілька працівників мають часткову зайнятість. Крім того, до роботи волонтерами залучають жінок, що мали власний досвід зазнавання насильства. Останнім досягненням стало залучення юридичних консультантів та надання їм дозволу на розірвання шлюбних угод й оформлення розлучень.

У США для роботи в центрах працівники використовують методи індивідуальної та групової роботи, особливо в групах самопомоги. В них жінки можуть прийняти оптимальні для них рішення, спираючись на досвід інших учасниць. Працівники служб використовують когнітивний та орієнтований на завдання підхід при вирішенні проблем. Вони покладені в основу семикрокової моделі кризового втручання, розробленої Албертом Робертсом 1990 року й надзвичайно поширеної в різних закладах. Ця модель включає в себе наступні кроки: 1) планування і представлення повної оцінки ситуації; 2) обґрунтування взаєморозуміння з працівником й обґрунтування важливості таких стосунків; 3) ідентифікація головної проблеми; 4)

спрямованість на відчуття та емоції; 5) вивчення і генерування альтернативних варіантів вирішення проблем; 6) розвиток та формулювання активних дій; 7) перевірка.

### **5. Діяльність соціальних служб у роботі з клієнтами, які зазнали насилля в сім'ї.**

На початку 2003 року Державним центром соціальних служб для молоді ухвалено рішення про створення в кожному регіоні України спеціалізованої служби «Кризовий центр соціально-психологічної допомоги», затверджено Примірне положення про службу та Програму її діяльності. Прикладом такої служби є Спеціалізована соціальна служба допомоги сім'ї, молоді та жінці «Родина» Тернопільського обласного центру соціальних служб для молоді, яка надає як психологічну, так і соціальну допомогу потерпілим, соціально-правовий захист.

У кризовому центрі «Родина» з клієнтками, які зазнали насильства, вималювалася певна схема роботи:

1. Перший контакт, як правило, відбувається по телефону. Завдання консультанта – вислухати, переконати в конфіденційності розмови, запросити на особисту зустріч.

2. Індивідуальні консультації, в першу чергу, повинні дозволити жінці виговоритися, створити умови для її душевного комфорту, допомогти їй знайти шляхи подолання психологічної травми. Ці жінки потребують корекції задля розірвання циклу насилля, допомоги у виході із ситуації повторних переживань та психотравмуючої ситуації.

3. При бажанні клієнтки працівник кризового центру супроводжує її до адміністративних органів.

4. Якщо жінці ніде жити, а повернення додому означає наразити себе та свою дитину на небезпеку, то їй пропонується безкоштовне проживання та харчування, продовжується психокорекційний та реабілітаційний курс.

Також в роботі з клієнтами «Родини» застосовувалися бесіди-диспути, організовувалися «круглі столи» з наступної тематики: «Магія слова. Прохання та вимога», «Особливості спілкування батьків та дітей», «Психологічний захист», «Планування сім'ї», «Алкоголь – це проблема», «Про права дітей», «Соціальні проблеми жінок», «Трудові наміри та профорієнтація молоді», «Співвідношення волі та гнучкості у вашому характері».

Практикується проведення «Днів відкритих дверей», на які запрошуються керівники державних установ, громадських організацій, представники засобів масової інформації для ширшого ознайомлення громадськості з проблемами людей, які тимчасово перебувають у «Родині».

Досить успішним є досвід роботи центрів «Жінка для жінки», створених в семи містах України (Житомир, Рівне, Чернівці, Херсон, Дніпропетровськ, Донецьк, Львів) за сприяння міжнародної організації «Вінрок Інтернешнл». Їхня діяльність спрямована на жінок віком 12–30



років та зосереджується на двох програмах – навчання фазовим навичкам і програма попередження кризових ситуацій.

Програма навчання фаховим навичкам пропонує:

- навчання безробітних та частково зайнятих жінок фазовим знанням і навичкам, необхідним для працевлаштування або започаткування нової справи;
- надання інформації про можливості працевлаштування, навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації;
- юридичні консультації з працевлаштування, прав жінок на робочому місці, підприємницької діяльності;
- користування бібліотекою, призначеною для практичної допомоги тим, хто працює у малому бізнесі, хоче відкрити приватне підприємство або підвищити рівень своїх економічних та юридичних знань.

Програма попередження кризових ситуацій:

- консультативна допомога жінкам, що опинилися в кризовій ситуації;
- проведення інформаційних та освітніх кампаній із попередження насильства й торгівлі жінками, підвищення правової культури;
- телефонна інформаційна лінія підтримки (ТІЛП) для жінок у кризовому стані;
- юридичні консультації із захисту прав потерпілої від насильства та торгівлі людьми;
- видання й розповсюдження інформаційних брошур, буклетів, листівок;
- користування бібліотекою із загальнолюдських прав, попередження насильства і торгівлі людьми, охорони здоров'я;
- соціальна адаптація жінок в групах взаємодопомоги, які постраждали від насильства;
- навчання на курсах самозахисту.

У Луганську створено центр медико-соціально-психологічної допомоги дітям, які зазнали насильства в родині. Функціонуватиме цей заклад на базі міської дитячої лікарні. Ідея нового центру належить Центру соціальних служб для молоді, а реалізується вона Благодійним фондом «Підліток» у рамках проекту, підтриманого голландською благодійною організацією, а також місцевими спонсорами. Серед ключових завдань центру – надання невідкладної медичної та психологічної допомоги, психолого-педагогічна корекція клієнтів і їхня адаптація у суспільство, відновлення родинних стосунків та соціальних зв'язків дітей, підвищення їхнього загальноосвітнього і культурного рівня, розвиток індивідуальних здібностей і нахилів, консультування та юридичний захист прав дітей. Заклад призначений для дітей 3–16 років, направлених до центру відділом у справах сімей і молоді, медичними, навчальними закладами, а також для тих, хто звернувся до нього безпосередньо.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «наси́льства в сім'ї» як соціальної проблеми.
2. Назвіть види сімейного насильства.
3. Проаналізуйте основні підходи і принципи соціальної роботи із клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї.
4. Які існують засоби запобігання насильства над дітьми?
5. Охарактеризуйте форми й методи роботи з жінками, які зазнали насильства.
6. Перелічіть соціальні послуги, які надаються клієнтам, що зазнали насильства в сім'ї.
7. Проаналізуйте діяльність соціальних служб у роботі з клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї.

### **Література до теми**

1. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї. Проект «Гармонія», Львів, 2004. 95с.
2. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 7 грудня 2017 року № 2229-19 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>
3. Мінакова К. Основні соціально-педагогічні та психологічні характеристики жінки – жертви сімейного насильства. *Соціальна педагогіка*. 2005. №2. С.43–47
4. Попередження домашнього насильства. Навчальний посібник для консультантів «Гарячих ліній» / Упорядники: Краснова О.В., Калашник О.А. Київ, 2016. 90с.
5. Савчук О.М. Об'єктивізація впливу тренінгу асертивності на психологічний стан жінок, які зазнали насильства. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №6. С.74–76.
6. Савчук О.М. Стратегії роботи із співзалежними жінками, які зазнають насильства в сім'ї. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №4. С.51–60
7. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я. Марченко та ін. ; за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. К. : Наук. світ, 2003. 233с.
8. Тюптя Л. Т. Соціальна робота : теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. / Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. К. : Знання, 2008. 574с.
9. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 464с.

## **Тема 11. Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми»**

1. Феномен торгівлі людьми як соціальна проблема у світі й Україні.
2. Різновиди та наслідки торгівлі людьми.
3. Запобігання торгівлі людьми як головний елемент протидії цьому явищу.
4. Мережа організацій допомоги потерпілим від торгівлі людьми.

### *Ключові поняття і терміни*

- *торгівля людьми;*
- *наслідки торгівлі людьми;*
- *експлуатація;*
- *жертва торгівлі людьми.*

### **1. Феномен торгівлі людьми як соціальна проблема у світі та Україні.**

Торгівля людьми – один з найтяжчих злочинів проти особистості в усьому світі. Міжнародне визначення торгівлі людьми вперше дається у 2000 році у Протоколі про запобігання та припинення торгівлі людьми, особливо жінками й дітьми, і покарання за неї, який доповнює Конвенцію ООН проти організованої транснаціональної злочинності.

Зараз найчастіше торгівлю людьми розглядають як порушення прав людини. Це властиво як міжнародним нормативно-правовим документам, так і українським. За такого погляду, протидіяти зазначеному явищу можна лише при використанні системного підходу, за умов координованої діяльності всіх зацікавлених сторін – державних установ, недержавних організацій, органу соціального захисту та ін.

Проблема торгівлі людьми особливо актуальна і для України. Кінець ХХ ст. ознаменувався розпадом Радянського Союзу і появою нових незалежних країн на пострадянському просторі, серед яких була й Україна. Українська держава переживає складний період трансформації суспільно-політичного й економічного устрою. В основі сучасної торгівлі людьми в Україні лежать міграційні процеси її громадян з метою працевлаштування за кордоном. Наша держава на сьогодні є однією з країн-постачальниць на ринку торгівлі людьми.

Початком державної політики протидії торгівлі людьми в Україні став 1998 рік, коли Кримінальний кодекс України було доповнено статтею, яка передбачала покарання за торгівлю людьми (ст. 124–1). У 1999 р. створено Координаційну раду боротьби з торгівлею жінками та дітьми при Уповноваженому Верховної Ради України з прав людини. Наступним кроком у врегулюванні проблеми торгівлі людьми стало створення у 2000 р. у структурі Департаменту карного розшуку Міністерства внутрішніх справ України, а в обласних управліннях внутрішніх справ – спеціалізованих підрозділів боротьби зі злочинами, пов'язаним з торгівлею людьми.

На сучасному етапі основним документом, який визначає систему протидії торгівлі людьми в Україні, є Закон України «Про протидію торгівлі людьми» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, № 19-20, ст.173) зі

змiнами, внесеними згiдно з Кодексом № 4651-VI вiд 13.04.2012, ВВР, 2013, № 9-10, № 11-12, № 13, ст.88, Законами № 5459-VI вiд 16.10.2012, ВВР, 2013, № 48, ст.682; № 245-VII вiд 16.05.2013, ВВР, 2014, № 12, ст.178; № 1697-VII вiд 14.10.2014, ВВР, 2015, № 2-3, ст.12; № 766-VIII вiд 10.11.2015. Цей Закон визначає організаційно-правові засади протидії торгівлі людьми, гарантуючи гендерну рівність, основні напрями державної політики і засади міжнародного співробітництва у цій сфері, повноваження органів виконавчої влади, порядок встановлення статусу осіб, які постраждали від торгівлі людьми, та порядок надання допомоги таким особам, яка включає три основні компоненти:

- 1) протидія;
- 2) захист постраждалих осіб;
- 3) кримінальне переслідування злочинців.

Вiдповiдно до мiжнародного визначення торгiвлi людьми означає здiйснюваної з метою експлуатацiї вербування, перевезення, передачу, приховування чи одержання людей шляхом загрози силою або її застосування чи iнших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, чи шляхом пiдкupu у виглядi платежiв або вигод, для одержання згоди особи, яка контролює iншу особу.

Злочин торгiвлi людьми має три взаємопов'язані складові:

- 1) дiї – торгiвцi людьми вербують, перевозять, передають, переховують чи одержують людей;
- 2) засоби – торгiвцi людьми пiд час здiйснення дiй застосовують погрози силою або силу, або iнші форми примусу, викрадення, шахрайство, обман та iн.;
- 3) мету – метою цих дiй i засобiв є експлуатацiя людей.

Офiцiйно поняття «торгiвлi людьми» в Україні визначено у ст. 149 Кримiнального кодексу, де перелiчено види експлуатацiї, яким пiддаються потерпiлi вiд торгiвлi людьми: «всi форми сексуальної експлуатацiї, використання в порнобiзнесi, примусова праця або примусове надання послуг, рабство, пiдневiльний стан, залучення в боргову кабалу, вилучення органiв, проведення дослiдiв над людьми без їхньої згоди, усиновлення з метою наживи, примусова вагiтнiсть, втягнення у злочинну дiяльнiсть, використання у збрoйних конфлiктах тощо».

## **2. Рiзновиди та наслiдки торгiвлi людьми.**

Вiд злочину торгiвлi людьми може постраждати будь-яка особа, незалежно вiд статтi та вiку. Реалiї переконують, що злочинний свiт може пiддавати людину будь-якiй формi експлуатацiї в найрiзноманiтнiших галузях. Умовно можна видiлити такi категорiї використання людей, яких злочинцi вербують, транспортують та перепродують у iнші руки з метою:

- сексуальної експлуатацiї;
- примусової працi;
- жебрацтва;

- виготовлення порнографічної продукції;
- примушування до скоєння дрібних злочинів;
- вилучення органів.

Для України особливо актуальним є трудова та сексуальна експлуатації.

З досвіду діяльності державних та громадських організацій з'ясувалося, що до характерних рис сексуальної експлуатації можна віднести такі: необхідність вступати з клієнтами в «небезпечний секс»; примушення до прийому (протягом тривалого часу) гормональних препаратів та антибіотиків у дозах, що значно перевищують терапевтичні, задля уникнення вагітності та запобігання зараженню клієнтів захворюваннями, що передаються статевим шляхом.

Стосовно трудової експлуатації, то постраждалі зазвичай працюють на надзвичайно тяжких роботах із цілковитим порушенням техніки безпеки праці: робота в сільському господарстві, на промисловості, будівництві по 16–18 годин на добу, без вихідних, у поганих соціально-побутових умовах. Нерідко постраждалі проживають у підвалах нелегального підприємства, в антисанітарних умовах, що постійно охороняється та без будь-яких контактів.

Процес торгівлі людьми передбачає: вербування; перевезення; передачу; продаж; сплату або отримання; використання сили, погрози, примусу, зловживання владою; експлуатацію.

Основні **шляхи** потрапляння до торгівлі людьми:

- 1) обман/фальшиві обіцянки працевлаштування;
- 2) жертви обставин (перебування далеко від дому без засобів існування);
- 3) викрадення;
- 4) вплив однолітків чи знайомих;
- 5) дозвіл членів сім'ї;
- 6) фіктивний шлюб;
- 7) туризм;
- 8) мережа Інтернет;
- 9) навчання;
- 10) молодіжні програми (вивчення мови та культури іноземної країни протягом року молодою особою, яка натомість допомагає сім'ї, у якій проживає, доглядати за дітьми й виконувати роботу по господарству).

#### **Наслідки торгівлі людьми:**

Торгівля людьми – brutальне порушення прав людини. За своєю суттю торгівля людьми порушує загальне право людини на життя, незалежність та свободу від рабства у будь-яких проявах.

Торгівля людьми – сприяє соціальній руйнації, відриває дітей від батьків та родини, перешкоджаючи їхньому нормальному розвитку та вихованню. Особи, які постраждали від торгівлі людьми, часто опиняються в ситуації соціальної стигматизації та неприйняття, а також потребують тривалої соціальної підтримки.

Торгівля людьми фінансує організовану злочинність. За даними ООН, торгівля людьми вважається третім у світі найприбутковішим бізнесом.

Торгівля людьми позбавляє країн людських ресурсів. Вона негативно впливає на ринки праці, спричиняючи величезні втрати ресурсів робочої сили.

Торгівля людьми підриває громадське здоров'я. Жертви торгівлі людьми часто страждають від брутальних умов праці та проживання, що спричиняє фізичні, сексуальні та психологічні втрати.

### **3. Запобігання торгівлі людьми як головний елемент протидії цьому явищу.**

Превентивні заходи мають бути важливою складовою заходів з протидії торгівлі людьми, оскільки ефективне запобігання означає наявність меншої кількості постраждалих від цього явища. Запобігання – це найкраща форма захисту.

Соціальна профілактика торгівлі людьми має бути спрямована на викриття, локалізацію, запобігання цьому явищу, обмеження, усунення умов та причини його існування.

*Профілактична робота передбачає застосування низки підходів:*

- 1) інформаційний (просвітницький, який розкриває суть торгівлі людьми);
- 2) дієвий (включення в ситуації, які потребують втручання, з метою захисту та надання допомоги);
- 3) соціально-економічний (забезпечення рівних умов і можливостей у суспільстві);
- 4) силовий (заснований на страху перед покаранням).

*Форми та методи профілактичної роботи*

Фахівці визначають такі основні форми соціальної профілактики:

- 1) соціальна реклама (розкриває суть, наслідки торгівлі людьми, шляхи виходу з кризової ситуації. Цьому сприяють ЗМІ, розповсюдження буклетів, брошур, листівок та ін. друкованої продукції);
- 2) соціологічні дослідження (результати яких є основою для застосування конкретних заходів профілактики);
- 3) допомога в перевірці надійності потенційних роботодавців;
- 4) проведення роз'яснювальної роботи з особами, які виїжджають за кордон;
- 5) правова освіта населення;
- 6) інформування батьків та молоді про права дітей, про навчання та працевлаштування за кордоном;
- 7) допомога у вирішенні життєвих труднощів осіб за місцем проживання з метою запобігання виїзду.

Основними методами запобігання торгівлі людьми є: інформування, вивчення реальних життєвих історій, розкриття перспектив, переконання, аналіз статистичних даних. З-поміж методів профілактичної роботи пріоритетна роль належить активним методам, що ґрунтуються на

демократичному стилі взаємодії, спрямовані на самостійний пошук істини і сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи. До таких методів належать «мозковий штурм», тренінги, аналіз ситуацій та ін.

Профілактика торгівлі людьми може бути первинною, вторинною та третинною.

Первинна профілактика має на меті формування активного, адаптивного життєвого стилю, який забезпечує реалізацію прав, задоволення потреб й інтересів особистості. Змістом первинної профілактики має бути:

- 1) надання інформації про явище «торгівлі людьми»;
- 2) роз'яснення прав;
- 3) демонстрація зразків застосування життєвих умінь і навичок щодо навчання, знайомства, відпочинку, працевлаштування за кордоном;
- 4) підтримка творчої, інтелектуальної, громадської діяльності.

Методами первинної профілактики є: інформування, навчання, робота в громаді.

Вторинна соціальна профілактика є переважно груповою. Її метою є зміна малоадаптивної дисфункційної ризикованої поведінки на адаптивну. Вторинна профілактика спрямована на «групи ризику» та передбачає своєчасне виявлення осіб з «групи ризику» й надання їм соціальної підтримки і допомоги. Основними методами роботи є: вправи, інформування, переконання, роз'яснення, драматизація, приклад, розв'язання ситуацій. Формами реалізації цих методів є тренінги, цикли занять, вулична соціальна робота, соціологічні дослідження.

Третинна соціальна профілактика торгівлі людьми спрямована на інтеграцію в суспільство осіб, які потерпіли від торгівлі людьми, з метою запобігання повторній торгівлі цими особами. Третинна профілактика є індивідуальною та передбачає виявлення причин й особливостей поведінки і свідомості особи, які призвели до виникнення проблеми, а також усунення причин через перенавчання людини, підвищення її соціального статусу, підтримку у влаштуванні в житті. Такі форми роботи здійснюються водночас із соціальною реабілітацією та супроводом, але мають іншу мету. Основними методами роботи при цьому є: робота з конкретним випадком, рефлексія ситуації та індивідуального розвитку, перенавчання, заохочення, інформування, переконання тощо.

#### **4. Мережа організацій допомоги потерпілим від торгівлі людьми**

Допомогу потерпілим від торгівлі людьми можуть надати:

- 1) різноманітні служби підтримки, «гарячі лінії», притулки, кризові центри;
- 2) громадськість та різні інституції (зокрема громадські організації), від яких залежить ставлення суспільства до потерпілих від торгівлі людьми;
- 3) державні інституції: правоохоронні органи, прокуратура, суд, медичні або соціальні служби;
- 4) найближче оточення: сім'я, родичі, сусіди, знайомі, друзі.

В Україні, як правило, допомогу потерпілим від торгівлі людьми надають правоохоронні органи та судочинство, соціальні служби, заклади охорони здоров'я, громадські й релігійні організації.

Перебуваючи за кордоном, потерпіла від торгівлі людьми особа може звернутися до:

- консульської установи України;
- неурядових організацій;
- правоохоронних органів за кордоном.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте феномен торгівлі людьми як соціальної проблеми у світі та Україні.

2. Назвіть різновиди торгівлі людьми.

3. Обґрунтуйте наслідки торгівлі людьми.

4. Які три взаємопов'язані складові має злочин торгівлі людьми?

5. На основі яких підходів здійснюється соціальна профілактика?

6. Назвіть форми і методи соціальної профілактики торгівлі людьми.

7. Обґрунтуйте складові профілактики торгівлі людьми як головного елемента протидії цьому явищу.

8. Яка структура мережі організацій допомоги потерпілим від торгівлі людьми?

### **Література до теми**

1. Запобігання домашньому насильству і торгівлі жінками : підручник з проведення тренінга / Winrock International ; підгот. Р. Безпальча [та ін.]. К. : [б.в.], 2001. 256 с.

2. Запобігання торгівлі людьми та експлуатації дітей: Навч.-метод. посібн. за заг. ред. К.Б. Левченко та О.А. Удалової. К.: Міленіум, 2005. 210 с.

3. Левченко К.Б., Удалова О.А. Запобігання торгівлі людьми: Навч.-метод. посібн. Вид. 3-є, доп. і випр. К. Х.: Вид-во Університету внутрішніх справ, 2001.

4. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник. М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. К.: Каравела, 2009. 368 с.

5. Протидія торгівлі людьми: навчально-методичний посібник / за ред. Т. Семигіної. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2008. 166 с.

6. Соціальна робота : технологічний аспект : навч. посіб. / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.

7. Соціальна робота з різними групами клієнтів : навчальний посібник [уклад. : Т.Д. Кочуей, О. М. Бойко]. Умань : ФОП Жовтий О.В., 2016. 278 с.

8. Соціальна робота: Навч. посібник, Ч.3: Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т. Семигіної та І. Григи. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 166с.

9. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів ЦССМ: Метод. посібник С.В.Толстоухова та ін. К.: ДЦССМ, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. С. 7–16.

10. Тюття Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота : теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп., К.: Знання, 2008. 574 с.



## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З СІМ'ЯМИ, ДІТЬМИ, МОЛОДДЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ЕКСТРЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

#### **Тема 12. Соціальна робота з безробітними людьми**

1. Безробіття як соціальне явище.
2. Загальні підходи та принципи роботи з безробітними людьми.
3. Методи і технології соціальної роботи з безробітними людьми.
4. Організація надання допомоги безробітним людям.
5. Приклади діяльності соціальних служб з безробітними людьми.

#### *Ключові поняття і терміни*

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>зайнятість;</i></li><li>• <i>незайняте населення;</i></li><li>• <i>безробіття;</i></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>тренінг асертивності;</i></li><li>• <i>державна служба зайнятості</i></li><li>• <i>центр зайнятості.</i></li></ul> |
|---|---|

#### **1. Безробіття як соціальне явище.**

Однією з найактуальніших соціальних проблем, з якими зіткнулося людство на початку ХХІ століття, є проблема зайнятості населення. За даними Міжнародної організації праці, у світі налічується близько 1 млрд. осіб, або третина робочої сили – безробітних (до 150 мільйонів) та неповністю зайняті. Незмінно високою залишається кількість безробітних в Європейському Союзі, їх нараховують майже 16 мільйонів, що становить дев'ять–десять відсотків від загальної кількості працездатного населення. Найвищий у ЄС рівень безробіття в Іспанії. Вищі, ніж середні по ЄС, показники безробіття в Італії, Франції, Фінляндії, нижчі – в Німеччині, Бельгії, Швеції, Ірландії, Великобританії, Португалії, Данії, Австрії, Нідерландах, Люксембурзі.

Найбільш гострою ця проблема є в країнах з перехідною економікою. В Україні до початку ринкових перетворень, як і в інших країнах з планової економікою, вважалося, що є повна зайнятість; поняття безробіття не вживали навіть як соціально-економічну категорію. Політичні, економічні та соціальні реформи повністю змінили стан ринку праці в Україні. З одного боку, для людей відкрилися нові можливості для самореалізації, з іншого – з'явилися нові проблеми, перш за все пов'язані з різким скороченням попиту на робочу силу, виникненням безробіття.

Як свідчить досвід інших країн, формування ринкового господарства обумовлює обов'язкове перевищення пропозиції робочої сили над попитом на неї за рахунок перманентного процесу підвищення ефективності виробництва. Отже, безробіття інколи вважають своєрідною «платою» за ринок, за обмеження ринкової економіки. І саме з цих позицій її і потрібно розглядати. Загалом, теорії функціонування ринку оперують низкою категорій, важливих для адекватного розуміння становища зайнятого й

незайнятого (безробітного) населення, побудови системи соціальної допомоги людям, які втратили роботу, зокрема поняттями «зайнятість», «безробіття», «різновиди безробіття» (структурне, часткове, довготривале тощо), що водночас є важливими соціальними показниками, які використовують для оцінки стану економічного розвитку країни.

Під **зайнятістю** розуміють таку діяльність громадян, яка пов'язана із задоволенням особистих та суспільних потреб і яка приносить їм дохід у грошовій або іншій формі.

Згідно з чинним законодавством, в Україні до зайнятого населення належать такі громадяни, які проживають на території держави на законних підставах:

- працюючі за наймом на умовах повного або неповного робочого дня (тижня) на підприємствах, в установах і організаціях, незалежно від форм власності, у міжнародних та іноземних організаціях в Україні і за кордоном;
- громадяни, які самостійно забезпечують себе роботою, включаючи підприємців, осіб, зайнятих індивідуальною трудовою діяльністю, творчою діяльністю, члени кооперативів, фермери та члени їхніх сімей, що беруть участь у виробництві;
- обрані, призначені або затверджені на оплачувану посаду в органах державної влади, управління та громадських об'єднаннях;
- які проходять службу в Збройних силах України, Службі безпеки України, Прикордонних військах України, військах внутрішньої та конвойної охорони і Цивільної оборони України, органах внутрішніх справ, інших військових формуваннях, створених відповідно до законодавства України, альтернативну (невійськову) службу.

**Незайняте населення** – люди працездатного віку, які не мають роботи (заняття, що приносить прибуток). Цю групу людей поділяють на власне безробітних (тих, хто з різних причин втратив роботу, але її шукає) і економічно неактивне населення.

**Безробіття** – це вимушене й тривале припинення роботи через неможливість знайти робоче місце. Деякі статистичні методики пропонують вважати безробітними тільки тих, хто справді шукає роботу, інші методики – всіх громадян, які не працюють на цей момент.

У сучасній економічній науці безробіття розглядають як природну і невід'ємну складову життєдіяльності всіх країн, що ґрунтуються на ринкових засадах і де мінімум 2–4% населення залишається без роботи.

Міжнародна організація праці вважає безробітними осіб віком 15–70 років, зареєстрованих і незареєстрованих у державній службі зайнятості, які одночасно відповідають трьом **ознакам**: не мають роботи (прибуткового заняття), активно шукають роботу або намагались організувати власну справу впродовж останніх 4-х тижнів, що передували опитуванню, готові взятися до роботи впродовж двох наступних тижнів. Таке безробіття ще інколи називають **економічним безробіттям**. Його розраховують за матеріалами вибіркового обстеження домогосподарств (в Україні їх щоквартально проводить Державний комітет статистики).

За Законом України «Про зайнятість» **безробітні** – це працездатні громадяни працездатного віку (16–55 років для жінок, 16–60 років для чоловіків), які через відсутність роботи не мають заробітку або інших, передбачених законодавством доходів і зареєстровані у державної службі зайнятості як такі, що шукають роботу, готові та здатні приступити до підходящої роботи. Отже, безробітний в Україні – це юридичний статус, який дає право на отримання державної допомоги. Проте для його отримання потрібно виконати низку формальних процедур.

Важливо взяти до уваги, що чимало незайнятих осіб не можуть отримати статус безробітного. Так, українське законодавство визначає, що не можуть бути визнані безробітними громадяни, серед них: особи віком до 16 років, за винятком тих, які працювали й були звільнені у зв'язку зі змінами в організації виробництва і праці, реорганізацією, перепрофілюванням і ліквідацією підприємства, установи й організації або скороченням чисельності (штату); які вперше шукають роботу і не мають професії (спеціальності), у тому числі випускники загальноосвітніх шкіл, у разі відмови їх від проходження професійної підготовки або від оплачуваної роботи, включаючи роботу тимчасового характеру, яка не потребує професійної підготовки.

Крім того, не всі, хто втратив роботу, звертаються до державної служби зайнятості і не отримують офіційний статус безробітного.

У літературі виділяють такі різновиди безробіття:

- **вимушене** – яке виникає внаслідок ліквідації підприємства або робочого місця (вивільнення працівника) чи завдяки звільненню за ініціативою адміністрації;

- **фрикційне (добровільне, плинне, поточне)** – тимчасова незайнятість, пов'язана з переходом з однієї роботи до іншої за особистим бажанням, закінчення роботи за контрактом, у зв'язку зі зміною місця проживання тощо.

Безробіття також може бути:

- **сезонним** – зумовлене сезонними коливаннями попиту на робочу силу в деяких видах виробництва, що мають сезонний характер (будівництво, сільське господарство тощо);

- **циклічним** – яке виникає в умовах спаду виробництва у зв'язку з фазою економічного циклу;

- **структурним** – викликаним змінами в структурі попиту на робочу силу в зв'язку зі змінами в структурі економіки, опанування виробництва нових товарів і технологічними змінами, характеризується невідповідністю структури пропозиції робочої сили змінений структурі робочих місць.

Аналізуючи безробіття як соціальне явище варто звернути увагу на те, що незайнятість також може неявну форму, що автоматично позбавляє людину права на офіційний статус безробітного. Ідеться про такі різновиди безробіття:

- **приховане** – що визначається чисельністю робітників, яка стала зайвою у зв'язку зі спадом виробництва або структурними змінами у ньому,

але продовжує формально вважатися зайнятою; при цьому вони не виконують будь-якого значущого обсягу роботи;

– **часткове** – вимушене тимчасове скорочення норм або встановленої законодавством тривалості робочого часу, перерва в одержанні заробітку або скорочення його розміру через тимчасове припинення виробництва без припинення трудових відносин з причин економічного, технологічного, структурного характеру;

– **молодіжне** – виникає після завершення середньої школи або професійного навчання, коли не вдалося продовжити навчання або одразу влаштуватися на роботу.

Безробіття також поділяють на *короткотривале* та *довготривале* (застійне), яке триває понад 12 місяців.

Поява значної кількості непрацюючих людей призводить до зростання соціальної нестабільності у суспільстві, посилення соціально-політичної напруги, вірогідності появи політичного екстремізму, як лівого, так і правого спрямування, політичної апатії значної частини населення, недовіри до влади, яка не може гарантувати базові права людини. У сфері економіки виключення трудових ресурсів з економічно активного життя лягає важким ярмом на бюджет. Адже зростає потреба в ресурсах для надання державної соціальної допомоги, водночас надходження від податків зменшуються, спостерігається спад купівельного попиту і підвищення конкуренції на ринку праці, що, у свою чергу, призводить до зниження вартості робочої сили й обмеження прав працюючих.

Безробіття має вагомі соціальні наслідки, причому частина з них має прихований характер. Так, застійне безробіття супроводжується руйнуванням у людини навичок до праці, й часто – розпадом соціально-психологічних основ особистості.

Дослідники, які вивчали сутність, форми і соціальні наслідки безробіття, виявили його зв'язок із делінквентними формами поведінки людини. Так, у західних країнах зростання рівня злочинності за рахунок безробітних сягає 46%, у Росії – 39%. Проте довготривале безробіття може спричинити не тільки криміналізацію поведінки безробітного, а й зубожіння родини, порушення родинних і соціальних контактів сім'ї, виникнення залежності від алкоголю, жорстокість щодо дітей, примушування їх працювати. Безробіття, особливо тривале, призводить до соціального виключення, відторгнення людини. Фахівцями доведено зв'язки між зростанням рівня безробіття і кількістю суїцидів у країні, рівнем зайнятості і зростанням загальної захворюваності та кількістю новонароджених дітей із різними аномаліями.

Таким чином, безробіття – це не лише втрата роботи, відсутність прибуткової справи. Вона має тяжкі соціальні наслідки.

## **2. Загальні підходи та принципи роботи з безробітними людьми.**

Розв'язання проблем безробіття є прерогативою соціальної політики держави, зокрема політики зайнятості. Проте й соціальні працівники

долучаються до допомоги тим, хто втратив роботу, особливо тим, хто не має роботи тривалий час або перебуває у невідгідному становищі на ринку праці.

Накопичений вітчизняними і зарубіжними дослідниками матеріал щодо наслідків безробіття підтверджує, що безробіття є сферою соціальної роботи, яка спрямована не лише на допомогу людині у подоланні повсякденних проблем, а й на розвиток у неї техніки подолання труднощів, навичок самоорганізації.

Призначення соціальної роботи з безробітними та їхніми сім'ями полягає у піднесенні можливостей людини повернутися на ринок праці, покращенні матеріального становища, зменшенні соціально-психологічної напруги в родині, сприянні в отриманні доступу до тих ресурсів і засобів, які передбачені державною соціальною політикою.

Для соціальних працівників, які надають допомогу безробітним, важливо знати, що людина, яка втратила роботу, проходить певні *стадії емоційного переживання*.

Перша стадія – *шок, емоційний вибух*. Це доволі важке переживання, особливо якщо втрата роботи була раптовою (несподіване скорочення штатів, сварка з керівництвом тощо). При цьому важливо те, що розгубленість і страх виступають як фактори ризику: людина стає вразливішою до інших небезпек – хвороб, нещасних випадків. Людина може переживати неприйняття дійсності, відчувати гнів, що вихлюпується на кого завгодно в оточенні: рідних, колишніх колег, знайомих, випадкових людей, з якими доводиться вступати в контакт, наприклад у магазинах тощо. Почасті людина переживає цю стадію, ще не звільнившись, а тільки довідавшись про майбутнє звільнення. Сильним патогенним фактором є й постійна загроза втрати роботи.

Друга стадія – *суб'єктивне полегшення і психологічна адаптація до ситуації*. Ця стадія може тривати три–чотири місяці після втрати роботи. Уже в перші тижні, коли минає шок, багато людей відчують полегшення і навіть радість: не треба поспішати вранці на роботу, з'явилося багато вільного часу, особливо якщо певні матеріальні заощадження дають змогу протриматися якийсь час на попередньому рівні життя. Багато хто відзначає поліпшення здоров'я та настрою. Психологи визначили, що ті, хто спочатку подолав такі негативні наслідки звільнення: депресія та низький рівень самоповаги, – а потім уже почав пошук нової роботи, знаходять кращу зайнятість, більше задоволені новою роботою.

Проте не завжди безробітні з часом починають відчувати психологічний комфорт. У деяких з них стресовий стан залишається стійким і не зникає тривалий період часу. Людина сприймає своє становище не як відпочинок, а як загрозу. Часто цьому сприяють об'єктивні причини (обмеженість фінансів, необхідність турбуватися про родину тощо). Тривалий стрес – це наслідок невпевненості і навіть страху перед завтрашнім днем, породжені фінансовими труднощами. У такій ситуації у людини зароджується тривога, що перш, ніж вона знайде роботу і почне заробляти на життя, вона втратить майже все. Наразі психологи встановили,

що чимало розлучень відбувається через матеріальні причини, отже, високим є шанс зруйнування родинних стосунків в умовах фінансових труднощів.

Третя стадія – ***погіршення становища***. Воно зазвичай настає після півроку відсутності роботи. На цьому етапі спостерігається не тільки погіршення фінансового й соціального становища безробітного, а й дефіцит активної поведінки, обмеження кола спілкування, зруйнування життєвих звичок, інтересів, цілей. Сил для протистояння неприємностям стає дедалі менше.

Депресія посилюється, особливо руйнівну силу мають невдачі з пошуком нової роботи. Такі постійні невдачі можуть призвести до припинення пошуків й апатії.

Четверта стадія – ***безпорадність і примирення з ситуацією***. Цей стан ще називають «набутою безпорадністю», і він виникає навіть за відсутності матеріальних труднощів, наприклад, коли люди отримують допомогу по безробіттю. Такий стан виникає у людини внаслідок відсутності у неї впливу на те, що відбувається з нею в житті, коли виникає віра в те, що жодна діяльність не матиме корисних результатів, а це, у свою чергу, погіршує здатність засвоювати корисні моделі поведінки. Безпорадність може сформуватися й унаслідок залежності клієнтів від соціальної служби (центру зайнятості, центру соціальних служб для молоді, недержавних соціальних служб, які надають різного роду допомогу). Набута безпорадність виражається у втраті мотивації, постійній стурбованості, пригніченості тощо. Часто людина перестає стежити за своїм зовнішнім виглядом, починає зловживати алкоголем, стає агресивним щодо членів своєї родини тощо.

Відвикнувши від напруженого трудового ритму, люди інколи вже бояться знайти роботу. Свідомо чи несвідомо вони починають шукати причини й відмовки, аби не піти на співбесіду до потенційного роботодавця, «забувають» потелефонувати за зазначеним в оголошенні номером тощо. Загальними рисами, що характеризують портрет довготривалого безробітного, є: невисокий рівень соціальної активності, песимістичність, недовіра, високий рівень тривожності.

Особливим явищем, на яке мають зважати соціальні працівники, є так звана **пастка безробіття** – ситуація, коли отримання грошової допомоги (по безробіттю, малозабезпеченості тощо) сприяє збереженню бідності, оскільки особі економічно вигідніше отримувати навіть незначну державну допомогу й не працювати, ніж мати низькооплачувану роботу із високим рівнем податків і відрахувань.

Безробітні часто мають супутні соціальні проблеми – брак житла, потрібних документів, хворіють на інфекційні та інші хвороби тощо. Наприклад, чимало людей, які виходять із місць позбавлення волі, не можуть влаштувати на роботу, оскільки відбулася їхня декваліфікація і де – соціалізація. Тому проблеми людей, які не мають роботи, потрібно вирішувати **комплексно** й обов'язково із залученням самого клієнта, що вимагає приділення особливої уваги роботі з мотиваційною сферою.

### 3. Методи і технології соціальної роботи з безробітними людьми.

У цілому соціальна допомога безробітними і їхнім родинам може передбачати:

- консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку, вселення надії на зміни;
- допомогу в оформленні відсутніх документів;
- сприяння в оформленні державної допомоги, пенсій, пільг;
- посередництво у наданні гуманітарної допомоги з різних джерел, залучення релігійних організацій до допомоги сім'ї, придбання засобів для заробітку (купівля або оренда швейної машинки, обладнання для теплиці тощо), долучення людей до груп самодопомоги.

Вибір засобів розв'язання ситуації втрати роботи і поліпшення становища в родині безробітного залежить не тільки від можливостей соціальної служби, яка надає допомогу, а й від адаптаційних якостей людини, що опинилися без роботи.

Адаптивна життєва активність (пасивність) – це особливості саморегуляції безробітним своєї поведінки на ринку праці відповідно до власних успадкованих і набутих життєвих диспозицій, актуалізованих потреб, потенційних можливостей, самосприйняття тощо. Активність клієнта може бути як конструктивною, так і деструктивною. Конструктивна вона в тому разі, якщо цілі особи збігаються з бажанням працевлаштуватися, і деструктивною – якщо не збігаються. Для людей із адаптивною життєвою активністю характерне успішне пристосування до умов ринкової економіки. У той час, як особи із адаптивною життєвою пасивністю, є дезадаптованими. Це безробітні, активність яких, у кращому випадку, проявляється в пориві, імпульсивності, негнучкості поведінки, у яких загальмоване відчуття того, що добре, а що погано, справедливо чи несправедливо. Після низки невдач така людина «опускає руки», погоджується зі статусом безробітного, а конфлікт між «хочу» і «необхідно» вирішується на користь першого. Дуже часто така поведінка не збігається з пошуком роботи. Маючи настанову утримання, такий безробітний вважає, що держава повинна забезпечити його роботою, а якщо ні, то надати соціальні пільги у вигляді різноманітних довідок.

Так звані активні безробітні більш схильні до зміни професії, можуть піти навчатися на курси, освоїти новий фах. Для цього їм може бути достатньо консультування й надання належної інформації. Завдяки консультуванню клієнт досягає поглибленого саморозуміння, прояснення ситуації, що дає змогу скласти стратегічний план виходу зі скрутного становища. Активні безробітні також можуть потребувати мінімальної (стартової) допомоги для започаткування якоїсь справи.

Тим часом пасивним безробітним, які зневірилися у своїх силах, важливо відновити самоповагу і впевненість. Їм у нагоді може стати участь у **тренінгу асертивності**, призначеному для підняття віри в себе, опанування навичок самопредставництва. Такі тренінги передбачають посилення впевненості клієнтів у власних силах, здібностях, формування позитивного

ставлення до себе та своєї ситуації, набуття компетентності щодо вирішення проблемних питань у своєму житті, нового досвіду, знань та вмінь, які дозволять посилити контроль над обставинами свого життя. Принцип наснаження втілюється через такі способи: залучення клієнтів до активної участі впродовж усього заняття, обговорення можливих шляхів вирішення проблеми; надання можливості вибору; інтерактивні методи навчання і робота в групі; інформування стосовно загальної ситуації на ринку праці і самих семінарів як форми роботи відповідно до запитів та потреб учасників; заохочення обміну думками, досвідом між учасниками семінару, певний зворотний зв'язок між керівником семінару та його учасниками, наголос на взаємодопозі.

У кожному разі соціальні працівники повинні переконувати людину, що дуже важливо знайти хоч якусь роботу, нехай неprestижну й випадкову, таку, що не подобається і не дає достатньо заробітку. Оскільки наявність бодай такої роботи є доволі сильним антистресором і знижує психологічну депресію, разом із тим важливо спонукати людину до пошуку більш адекватної роботи.

#### **4. Організація надання допомоги безробітним людям.**

В Україні діє мережа державних закладів і установ, які уповноважені проводити працевлаштування громадян, надавати їм соціальні послуги.

Провідний державний орган у царині допомоги людям, котрі втратили роботу, – Державна служба зайнятості, діяльність якої здійснюється під керівництвом Міністерства праці та соціальної політики України, місцевих державних адміністрацій і органів місцевого самоврядування.

*До складу державної служби зайнятості входять також навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, інформаційно-обчислювальні центри, територіальні та спеціалізовані бюро зайнятості, центри реабілітації населення, підприємства, установи й організації, підпорядковані службі зайнятості.*

Державна служба зайнятості аналізує і прогнозує попит та пропозицію на робочу силу, інформує населення й державні органи управління про стан ринку праці; консулює громадян, власників підприємств, установ і організацій або уповноважені ними органи, які звертаються до служби зайнятості, про можливість одержання роботи і забезпечення робочою силою, вимоги, що ставляться до професії, та з інших питань, що є корисними для сприяння зайнятості населення; веде облік вільних робочих місць і громадян, які звертаються з питань працевлаштування; подає допомогу громадянам у підборі підходящої роботи і власникам підприємств, установ, організацій або уповноваженим ними органам у підборі необхідних працівників; організує при потребі професійну підготовку і перепідготовку громадян у системі служби зайнятості або направляє їх до інших навчальних закладів, що ведуть підготовку та перепідготовку працівників, сприяє підприємствам у розвитку та визначенні змісту курсів навчання й перенавчання; надає послуги з працевлаштування та професійної орієнтації



працівникам, які бажають змінити професію або місце роботи (у зв'язку з пошуками високооплачуваної роботи, зміною умов і режиму праці) тощо.

Послуги, пов'язані із забезпеченням зайнятості населення, надаються Державною службою зайнятості безоплатно. Ця служба фінансується за рахунок коштів *загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття*.

Згідно із Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» видами забезпечення у рамках цього виду страхування є: допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності; допомога по частковому безробіттю; матеріальна допомога у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного; матеріальна допомога по безробіттю, одноразова матеріальна допомога безробітному та непрацездатним особам, які перебувають на його утриманні; допомога на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні. Видами соціальних послуг за цим видом страхування вважають: професійну підготовку або перепідготовку, підвищення кваліфікації та профорієнтацію; пошук підходящої роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі шляхом надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних і фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних; інформаційні та консультаційні послуги, пов'язані з працевлаштуванням.

Державні соціальні служби для сімей, дітей та молоді теж долучаються до соціальної роботи у сфері зайнятості. Ключовими напрями цієї роботи можна вважати:

- профорієнтаційна робота і сприяння працевлаштуванню молоді;
- сприяння вторинній зайнятості молоді;
- соціальний супровід неблагополучних сімей із дітьми, родин, які опинилися у складній життєвій ситуації, зокрема, пов'язані із безробіттям батьків.

Ці соціальні служби використовують такі **форми** роботи:

- надання групової профконсультаційної допомоги у формі лекцій, зустрічей з працівниками різних професій, «круглих столів» з проблем профорієнтації та працевлаштування, семінарів, конференцій;

- проведення індивідуальної профконсультаційної роботи у спеціально створених консультативних пунктах, в яких проводиться тестування, анкетування, реалізація тренінгових програм для безробітної молоді;

- проведення профдіагностичної роботи, яка значно полегшується в умовах комп'ютеризації центрів ССМ, спрямованої на допомогу молодим людям при професійному визначенні;

- залучення підлітків і молоді до профінформаційних масових заходів — проведення «Днів соціального захисту молоді», «Днів відкритих дверей», «Ярмарок вакансій»;

- створення та поповнення банку даних про навчальні заклади, фірми з

працевлаштування, вакантні робочі місця;

- організація клубних об'єднань, які сприяють формуванню у молодих людей вміння самовизначитися у виборі професії, підвищенню готовності до конкурентоспроможності молодої людини на ринку праці, оволодінню знаннями з основ психології;

- телефонне інформування, яке надає клієнтам об'єктивну інформацію стосовно наявності вакансій на ринку праці, тактики поведінки при пошуку роботи та бесідах із роботодавцями;

- надання клієнтам інформації про можливість перекваліфікації чи підвищення кваліфікації;

- виїзні консультування сільської молоді з питань працевлаштування;

- місячники з профорієнтації «Вибери собі професію», під час якого проводиться «Ярмарок професій», профорієнтаційні й економічні ігри, лекції з питань економіки і підприємництва, інформування молоді з цих питань;

- патронаж окремих категорій молоді, зокрема неповнолітніх, які потребують соціальної адаптації та працевлаштування;

- форми працевлаштування та профорієнтаційної роботи для молоді з особливими потребами (курси здобуття професії для інвалідів, бронювання робочих місць для неповнолітніх з числа дітей-сиріт і молоді);

- збори-семінари керівників підприємств, господарств та фірм регіонів з питань працевлаштування та проходження практики студентів у літній період.

У сприянні працевлаштуванню та вторинній зайнятості «молоді» центри соціальних служб співпрацюють із різними установами й організаціями, не підміняючи і не дублюючи їхню роботу: центрами зайнятості, підприємствами, установами, організаціями, громадськими і приватними організаціями, – з якими укладають угоди про співробітництво, започатковують спільні проекти і заходи.

Здійснюючи соціальний супровід неблагополучної сім'ї із дітьми, соціальні служби для дітей, сімей та молоді намагаються вплинути на тих батьків, хто не працює і втратив бажання займатися пошуком роботи для того, щоб мобілізувати адаптивну життєву активність, спонукати людей до зміни способу життя, подолання набутої безпорадності.

Соціальною роботою з безробітними також фактично займаються представники інших організацій, які здійснюють соціальний супровід сімей або окремих осіб. Наприклад, недержавні організації, які допомагають людям, що виходять із місць позбавлення волі, або жінкам, які зазнають економічного і психологічного насильства в родині.

У закордонній практиці соціальну підтримку безробітним, які перебувають на першій стадії емоційного переживання, можуть надавати фахівці соціально-психологічних служб підприємств і організацій. Роботу на подальших стадіях проводять соціальні служби, у тому числі волонтерські кадрові агенції для вразливих груп населення, за місцем проживання.

## **5. Приклади діяльності соціальних служб із безробітними людьми.**

У 2000 році Державний центр зайнятості впровадив у своїх структурах Єдину технологію обслуговування населення в центрах зайнятості (ЄТОН), тобто систему способів надання клієнтам державної служби зайнятості соціальних послуг на основі раціонального поділу і спеціалізації праці персоналу служби на скоординовані між собою стандартні уніфіковані процедури. В основі ЄТОН низка цільових блоків:

- формування функціональних секторів;
- посилення взаємодії із роботодавцями;
- активізація власних зусиль клієнтів, спрямованих на влаштування свого життя, підвищення відповідальності людини перед собою, своєю сім'єю і суспільством;
- диспетчеризація прийому клієнтів;
- раціоналізація документообігу у забезпеченні спеціалістів необхідними документами клієнтів перед початком роботи з ними, регламентації маршрутів руху персональних справ клієнтів і персональних карток;
- створення умов для високооплачуваної праці.

За ЄТОНом у центрах зайнятості має діяти вісім функціональних секторів:

- 1 – диспетчерсько-консультаційний;
- 2 – самостійного пошуку вакансій;
- 3 – профінформаційний;
- 4 – реєстраційно-приймний;
- 5 – активної підтримки безробітних;
- 6 – взаємодії з роботодавцями;
- 7 – навчання і психологічного розвантаження персоналу;
- 8 – адміністративно-господарський.

У диспетчерсько-консультаційному центрі знаходиться робоче місце диспетчера-консультанта. Він першим зустрічає клієнтів, пояснює їм цілі прибуття і направляє їх до спеціалістів.

Метою сектору самостійного пошуку вакансій є надання клієнтам можливості самостійно підібрати собі найкращий варіант працевлаштування. Тут претенденти можуть отримати інформацію про вільні робочі місця, систематизовані за групами професії і території. Є також інформація для осіб, які бажають заснувати власну справу чи взяти участь у громадських, сезонних чи інших тимчасових роботах.

У профінформаційному секторі є література з описом професій (спеціальностей); довідкові матеріали про навчальні заклади і перелік професій, за якими організує роботу центр зайнятості, а також "паспорти" організацій, які висвітлюють історію підприємства, його виробничу діяльність, наявність соціально-побутової сфери тощо. Кожен клієнт має можливість у цьому секторі самостійно чи за допомогою спеціаліста ознайомитися з наданими матеріалами.

У реєстраційно-прийомному секторі проводяться співбесіди при реєстрації клієнтів, а також при їхньому повторному відвідуванні центрів зайнятості. Співбесіди націлені на виявлення потреб, намірів, побажань клієнтів, які можуть прискорити пошук роботи, на формування у клієнтів впевненості у власних силах.

З метою активізації зусиль клієнтів, підвищення їхньої мотивації до поліпшення власного життя і підвищення конкурентоспроможності на ринку праці створено сектори *активної підтримки безробітних*.

Відповідно до посередницьких функцій служби зайнятості забезпечують *роботодавців* інформацією стосовно професійно-кваліфікаційного складу зареєстрованих осіб, надають їм можливість без значних матеріальних і організаційних зусиль підібрати необхідних працівників, організують професійне навчання кадрів. Центри доводять до свідомості роботодавців ту істину, що, пропонуючи вакансії підприємства, вони його рекламують, формують у співвітчизників імідж соціально відповідальної особи хазяїна чи керівника підприємства.

Ефективним засобом активізації клієнтів служб зайнятості є розробка за допомогою центру зайнятості *спеціальних планів самостійного пошуку роботи*. Такі плани допомагають клієнтам систематизувати свої зусилля з пошуку роботи, а спеціалістам – більш цілеспрямовано сприяти громадянину. Особливо високим є ефект від складання планів у містах і районах, де значна частина інформації про вільні робочі місця не надходить у центри зайнятості. У кожному центрі створюється спеціальна комісія, яка з певною періодичністю (наприклад, через 3–6 місяців після реєстрації клієнта) на основі аналізу проведеної роботи, ретельного вивчення виконання плану самостійного пошуку роботи, причин відсутності результатів з працевлаштування оцінює правильність обраних клієнтом і спеціалістом методів пошуку роботи. Потім комісія спільно з клієнтом і спеціалістом намічає подальші дії, які, на її думку, можуть прискорити працевлаштування, а в разі необхідності приймає рішення про заміну спеціаліста.

Таким чином, Державна служба зайнятості України намагається модернізувати свої соціальні послуги, застосовувати підходи, що сприяють активізації клієнтів.

Цікавий досвід накопичили деякі українські громадські організації. Наприклад, організація творчої інтелігенції міста «Київ – рідний дім» спільно з виправними установами Київської області, де відбувають покарання переважно особи молодого віку, які мають першу судимість, зорганізували дозвільні заходи, комп'ютерне навчання, а також професійні курси в одній установі, де засуджені можуть набути професію електрозварника, автослюсаря, ремонтника, бо ці професії користуються попитом у суспільстві. Після того, як особа звільняється, вона може потрапити в центр соціальної адаптації, створений організацією, де їй нададуть консультативну, психологічну, правову допомогу: для цього є відповідні фахівці, соціальний працівник. Людині допомагають отримати паспорт, зареєструватися, сприяють у пошуках роботи. Якщо немає роботи, то є

власне підприємство, де невелика кількість осіб може працювати, виготовляючи меблі.

У такий спосіб громадська організація намагається продемонструвати, яким чином можна розв'язувати проблему декваліфікації та незайнятості представників груп ризику.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розрийте зміст поняття «безробіття».
2. Які різновиди безробіття Вам відомі?
3. У чому полягає правовий статус безробітного в Україні?
4. Які емоційні стани переживає людина, яка втратила роботу?
5. Як Ви розумієте адаптивну життєву активність безробітного?
6. У чому полягає суть соціальної роботи з безробітними людьми?
7. Порівняйте напрямки та форми роботи центрів зайнятості та державної соціальної служби для дітей, сімей та молоді.

### **Література до теми**

1. Державна служба зайнятості України [Електронний ресурс]. Режим доступу: [www.dcz.gov.ua](http://www.dcz.gov.ua).
2. Закон України «Про зайнятість населення» від 1 березня 1991 р. № 804-ХІІ із змінами і доповненнями від 25 грудня 2008 р. №799-VI [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5067-17>.
3. Лібанова Е.М. Ринок праці : навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. / Е.М. Лібанова. К.: Центр навчальної літератури, 2003. 223 с.
4. Лукашевич М.П., Мигович І.І., Пінчук І.М. Соціальна робота в Україні: теоретико-методичні засади. К.: МАУП, 2001. 126 с.
5. Петюх В.М. Ринок праці та зайнятість: Навч. посібник. К.: МАУП, 1997. 120 с.
6. Поняття безробіття [Електронний ресурс]. Режим доступу до сторінки : <http://www.houseofmcdonnell.com/materiali-potem/42-ponyttya-bezrobttya.html>.
7. Рынок труда: занятость и безработица / Под ред. А.А. Пристаневой. К.: ТанDEM, 1993. 284 с.
8. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під редакцією В.Полтавця. К.: Видавничий дім «КМ Academia», 2000. 236 с.
9. Трудове право України : навч. посібник / за ред. Н.Б. Болотіна. К. : Знання, 2008. 375 с.

### **Тема 13. Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі**

1. Суть і зміст поняття «ресоціалізація».
2. Роль соціальних служб у ресоціалізації.
3. Соціальний супровід осіб, які повертаються з місць позбавлення волі.
4. Види соціальної допомоги особам, звільненим з місць позбавлення волі.

#### *Ключові поняття і терміни*

- ресоціалізація;
- патронажна служба;
- соціальний супровід;
- оцінка проблем клієнта;
- постпенітенціарний соціальний супровід;
- юридична допомога;
- соціальна допомога.

#### **1. Суть і зміст поняття «ресоціалізація».**

Процес пристосування особи до суспільного устрою після виходу з місць позбавлення волі має назву «ресоціалізація». Ресоціалізація є досить складним процесом і складається із комплексу заходів, які спрямовані на відновлення соціальних зв'язків колишнього засудженого та його соціальну адаптацію. Труднощі ресоціалізації пояснюються низкою причин особистісного характеру. Життєва пасивність, яка виробляється в період відбування покарання, сильно знижує адаптивні здібності людини після виходу з місць позбавлення волі, в результаті чого їй досить складно знову включитися в життя суспільства. Людина звільняється з місць позбавлення волі не готовою вийти на волю, оскільки не може звикнути до різноманіття ролей та функцій, які їй необхідно виконувати. В результаті цього можуть виникати конфліктні ситуації або взагалі відчуження людини від суспільства.

Труднощі, що виникають у звільнених осіб, пов'язані також із деякими їхніми специфічними станами. Це може бути тривога, невпевненість в собі тощо. Необхідно також враховувати, що звільняються особи різного віку, стану здоров'я, рівня виправлення, з різними моральними якостями тощо. Для всіх цих осіб процес ресоціалізації проходить по-різному.

Головним же чинником, який впливає на соціальну адаптацію звільнених осіб, залишається саме суспільство, оскільки соціальна адаптація стає майже неможливою, коли оточуючі негативно ставляться до цієї групи людей.

Існує декілька думок щодо процесу ресоціалізації. Так, Н. Стручков розглядає ресоціалізацію як процес, «який складається з двох етапів» – пенітенціарного (під час перебування в місцях позбавлення волі) та постпенітенціарного (після звільнення засудженого з місць позбавлення волі).

С. Комарницький, досліджуючи ресоціалізацію, підкреслює, що проблема ресоціалізації звільнених часто подається виключно як один із напрямків боротьби з рецидивною злочинністю.

В. Писарев вважає ресоціалізацію комплексною проблемою, яка включає в себе адаптацію засудженого в умовах виконання покарань з метою його виправлення та перевиховання, підготовку засудженого до звільнення та соціальну адаптацію до умов життя на волі.

Кримінально-виконавчий кодекс України також надає поняття ресоціалізації. У ч.2 ст.6 він визначає ресоціалізацію як свідоме відновлення засудженого в соціальному статусі повноправного члена суспільства; повернення його до самостійного загальноприйнятого соціально-нормативного життя в суспільстві, де засоби виправлення і ресоціалізації засуджених застосовуються з урахуванням виду покарання, особистості засудженого, характеру, ступеня суспільної небезпеки й мотивів вчиненого злочину та поведінки засудженого під час відбування покарання.

До основних засобів виправлення і ресоціалізації засуджених відноситься встановлений порядок виконання та відбування покарання (режим), суспільно корисна праця, соціально-виховна робота, загальноосвітнє і професійно-технічне навчання, громадський вплив.

Проаналізувавши вищенаведені поняття ресоціалізації, можемо зробити висновок, що ресоціалізація складається з декількох етапів, які не можуть існувати окремо один від одного, а існують в сукупності, оскільки охоплюють різні сторони та процеси пристосування індивіда до суспільства як при відбуванні покарання, так і після відбування покарання, коли особа проходить соціальну адаптацію, вирішує житлову проблему, працевлаштовується тощо.

У науковій юридичній літературі визначається **структура ресоціалізації**, яка складається з:

- винесення вироку, визначення покарання і виявлення ставлення засудженого до нього, який визнає або не визнає вину за скоєний злочин;
- адаптації до умов відбування кримінального покарання;
- виправлення;
- підготовки засуджених до звільнення;
- звільнення і соціальної адаптації до умов життя на волі.

Перший етап можна назвати допенітенціарним, другий, третій і четвертий – пенітенціарним, п'ятий – постпенітенціарним.

## **2. Роль соціальних служб у ресоціалізації**

Умови і порядок надання всебічної допомоги особам, звільненим із місць позбавлення волі, визначені Законом України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбували покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк», який набув чинності з 8 лютого 2004 року.

Сьогодні в Україні про колишніх засуджених піклуються 35 центрів соціальної адаптації, притулків різних форм власності (комунальної, недержавної), головне завдання яких полягає в наданні всебічної допомоги громадянам, котрі відбули кримінальні покарання. Як правило, у таких

центрах сприяють розв'язанню побутових проблем таких осіб, їхньому працевлаштуванню, направленню до лікувальних закладів або будинків-інтернатів. Практично всім центрам соціальної адаптації бракує державної підтримки, фінансових ресурсів, які здебільшого надходять у вигляді благодійних внесків, пожертв фізичних та юридичних осіб, релігійних організацій.

Безпосередню допомогу особам, звільненим з місць позбавлення волі, має надавати **патронажна служба** – функціонально визначена соціальна структура, яку створюють при місцевих органах державної влади. Для забезпечення адаптації таких осіб до суспільства, відновлення їхнього соціального статусу патронажна служба здійснює певний комплекс **заходів**, зокрема:

- ставить їх на профілактичний облік і здійснює контроль над їхньою поведінкою;
- розв'язує питання працевлаштування звільнених осіб;
- надає допомогу звільненим особам у забезпеченні житлом, призначенні пенсій тощо;
- залучає громадські та благодійні організації до надання соціальної допомоги звільненим особам.

Працівники патронажної служби мають право відвідувати в установах виконання покарань осіб, яких мають звільнити, для консультування щодо перспектив їхнього життя на волі.

До інституцій, які здійснюють соціальну роботу з колишніми в'язнями, крім патронажної служби і центрів соціальної адаптації, слід віднести спостережні комісії при місцевих держадміністраціях, а також інші установи для осіб, які втратили соціальні зв'язки, не мають певного місця проживання.

Не можна окремо не сказати про ресоціалізацію неповнолітніх, які відбувають покарання. Соціально-педагогічна занедбаність, що притаманна значній частині неповнолітніх засуджених, частково зумовлена тим, що до засудження 41,3% неповнолітніх не працювали і не вчилися, 49,1% виховувалися в неповній сім'ї, 19,5 % – круглі сироти. Така характеристика контингенту виховних колоній, звісно, вимагає виваженого підходу до процесу виконання кримінального покарання, пошуку індивідуальних причин іншої асоціальної спрямованості.

Виховну роботу з засудженими, яка забезпечує процес ресоціалізації, проводять фахівці соціально-психологічної служби, педагоги, психологи. Вона включає:

- організацію загальноосвітнього й професійно-технічного навчання;
- проведення батьківських днів;
- надання порад та консультацій;
- впровадження заходів для соціальної реабілітації засуджених після звільнення.

Також окремої уваги потребує питання ресоціалізації жінок. Загалом, середній термін позбавлення волі у жінок довший, ніж у чоловіків.



Перебуваючи в умовах, не пристосованих до психологічних і фізіологічних особливостей жінок, вони дезадаптуються, втрачають соціальні зв'язки, психологічно деформуються. Тому вони гостро потребують соціальної допомоги, спрямованої на зміни стереотипу життя, звикання жити в інших умовах. Така робота буде ефективною, якщо її проводити і в пенітенціарних установах, і зі звільненими особами.

### **3. Соціальний супровід осіб, які повертаються з місць позбавлення волі.**

Перебування в умовах ізоляції від суспільства позбавляє більшість людей можливості впоратися з реальним життям поза межами установи виконання покарань. Адже не можна навчити людей жити самотійним життям, замкнувши їх за ґрати і позбавивши їх відповідальності за своє власне життя.

У будь-якому суспільстві матеріальні блага та інші продукти суспільної діяльності розподіляються нерівномірно. Також нерівномірно й несправедливо розподілені можливості. Факти говорять про те, що особи, які певний час перебували в умовах місць позбавлення волі, у більшості випадків належать до тих груп населення, які знаходяться в не вигідному становищі і мають значно менше можливостей вибору, ніж інші люди у конкретному суспільстві.

Говорячи про перебування за межами місць позбавлення волі, можна сказати, що ці люди мали можливості вибору, однак такі можливості були істотно обмеженими.

**Постпенітенціарний соціальний супровід** – цілеспрямована діяльність державних та недержавних організацій, соціального працівника (соціального педагога) з питань реалізації соціальної політики щодо осіб, які повернулися із місць позбавлення волі, з метою створення необхідних умов для позитивної соціалізації. Обраний варіант соціального супроводу має бути найефективнішим серед усіх можливих; він узгоджується з клієнтом; реалізується через партнерські стосунки; орієнтується на конкретну проблему; поєднує форми індивідуальної та групової роботи; спрямований на використання інновацій соціальної роботи для позитивної соціалізації молоді, яка повернулася з місць позбавлення волі.

Але, як і всі інші люди, колишні ув'язнені прагнуть задовольнити свої потреби, в яких виявляється залежність людини від певних умов, необхідних їй для життя і діяльності. Не останню роль в ресоціалізації та допомозі колишнім засудженим почати життя з «чистого аркуша» відіграє **соціальна допомога**, яку надають **державні і громадські організації**.

Соціальна допомога особам, звільненим від відбування покарання, має бути спрямованою на досягнення позитивних змін в їхніх міркуваннях, соціальній позиції та поведінці.

Соціальна допомога повинна бути заснованою на **оцінці проблем осіб**, звільнених від відбування покарання, яка полягає в наступному:

**1. Визначення проблеми.** Необхідно визначити, у першу чергу, причини й умови, що привели особу до порушення кримінального закону, і, у другу чергу, ті життєві цінності та характерні риси особистості, що можуть викликати проблеми після звільнення з місць позбавлення волі (як для самої особи, так і для оточуючих).

**2. Аналіз функціональних взаємозв'язків.** У більшості випадків звернення особи, яка звільняється з місць позбавлення волі, за допомогою для вирішення однієї конкретної проблеми, обумовлює необхідність вирішення інших проблем, не менш важливих в її житті (наприклад, надання допомоги щодо подальшого працевлаштування або отримання житла, реєстрації за місцем проживання може викликати необхідність надання допомоги у відновленні документів, що засвідчують особу).

**3. Визначення мети життя на волі.** При формулюванні мети життя на волі слід враховувати мотивацію, визначити послідовність дій та засоби, якими можна скористатися для досягнення позитивного результату.

**4. Вивчення можливостей вирішення проблем особою, яка звільняється з місць позбавлення волі.** Здатність особи, яка звільняється з місць позбавлення волі, вирішувати власні соціальні проблеми визначається тим, наскільки вона може мислити чітко й раціонально; є імпульсивною; спроможною аналізувати позитивний/ негативний досвід зі свого минулого та робити необхідні висновки.

При вирішенні проблем необхідно вивчити і врахувати можливості органів, установ й організацій, на які покладається здійснення заходів соціального патронажу, а також об'єднань громадян та окремих громадян для надання соціальної допомоги.

**5. Оцінка та вибір варіантів вирішення проблеми.** Під час оцінювання того або іншого варіанту вирішення певної проблеми особою, яка звільняється з місць позбавлення волі, як правило, до уваги приймаються наступні фактори:

- чи були розглянуті всі шляхи її вирішення або був запропонований перший варіант, що спав на думку;
- чи були проаналізовані та передбачені наслідки (позитивні/негативні) своїх дій;
- чи здатна особа реалізувати прийняті рішення на практиці, або ж легко здається та відступає перед перешкодами і розраховує лише на те, що його проблеми повинні вирішувати інші (адміністрація місця позбавлення волі, органи внутрішніх справ, представники громадськості та соціальних служб тощо).

**6. План дій щодо вирішення проблеми.** Вибір плану дій щодо вирішення проблеми залежить від специфіки проблеми й обраних варіантів її вирішення (в ідеальному випадку, найбільш важливі проблеми, на усуненні яких буде вирішено сконцентруватися у процесі надання соціальної допомоги, визначаються разом із особою, яка звільняється з місць позбавлення волі).

**7. Реалізація шляхів вирішення проблеми.** Дуже важливим є питання щодо формування мотивації для вирішення проблем, оскільки звільнені особи, зазвичай, переконані у своєму бажанні змінитися, особливо в умовах слідчого ізолятору, де вони перебувають у стані постійного фізичного і психічного напруження. Проте, після звільнення, з плином часу, спогади про місця позбавлення волі слабшають, мотивація втрачає свою актуальність, і особи, які звільнилися, перестають відчувати необхідність позитивних змін, у випадку, якщо їхня поведінка створює проблеми для інших, а не для них самих. Особливо це стосується неповнолітніх, яким притаманне прагнення жити сьогоднішнім, прагнути матеріальних благ тут і зараз.

#### **4. Види соціальної допомоги особам, звільненим з місць позбавлення волі.**

Відповідно до українського законодавства, сьогодні в Україні існують наступні *різновиди соціальної допомоги*:

- **юридична допомога** – це методи та дії, використання яких людьми, що мають вищу юридичну освіту, дає змогу особі, яка звільнилася з місць позбавлення волі, реалізувати свої права відповідно до чинного законодавства;

- **професійне представництво** – це діяльність представника спостережної комісії від імені особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, з метою отримання нею необхідного соціального захисту;

- **самопредставництво** – це процес, в якому особа, яка звільнилася з місць позбавлення волі, діє у власних інтересах, задовольняючи власні потреби. Тобто формально представляє саму себе, хоча може використати допомогу інших.

Важливу роль у вирішенні проблем особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, відіграє *спостережна комісія*.

Особа, яка звільнилася з місць позбавлення волі, має право знати, у чому полягають функції спостережної комісії, водночас, вона повинна розуміти, що можливості членів спостережної комісії не безмежні. Жоден фахівець не може цілком задовольнити всі потреби особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі. Більш того, ця особа сама повинна вдосконалювати свої навички і вчитися вирішувати власні проблеми.

Направляючи особу, яка звільнилася з місць позбавлення волі, для надання допомоги до іншої організації (місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, центри соціальної адаптації, служби у справах неповнолітніх, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, органи соціального захисту населення, служби психологічної допомоги, притулки та тощо), голова або член спостережної комісії має чітко вказати причину такого направлення й надати повну інформацію про можливості тієї або іншої організації. Необхідно підкреслити, що звертання за допомогою до інших організацій слід розглядати як додатковий шлях одержання допомоги, а не як факт «передачі» особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, іншим фахівцям.

Слід підкреслити, що соціальна допомога спрямована на досягнення позитивних змін, міркувань, соціальної позиції та поведінки осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі, підходить не для всіх, оскільки вона жадає від звільнених щирою бажання позитивних змін у житті.

Таким чином, необхідно визначити ключові елементи соціальної роботи, спрямованої на позитивні зміни у соціальній позиції та поведінці:

- короткий і чітко визначений період співпраці із соціальними органами, що спонукає особу, яка звільнилася з місць позбавлення волі, до концентрації своєї енергії на досягненні змін;

- визначення конкретних цілей та завдань і виконання прийнятих планів, що суттєво підвищує шанси на досягнення реальних змін у житті особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі;

- залучення особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, до активної співпраці, тобто необхідно визначити проблему, а також самостійні шляхи щодо її вирішення. Завдання повинне бути досяжним для особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, і вона повинна працювати над його виконанням з допомогою соціальних інституцій.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «ресоціалізація».
2. У чому полягає складність ресоціалізації?
3. Що відноситься до основних засобів виправлення та ресоціалізації засуджених?
4. Проаналізуйте структуру ресоціалізації.
5. Охарактеризуйте роль соціальних служб у ресоціалізації.
6. Як називається закон, в якому визначені умови і порядок надання всебічної допомоги особам, звільненим із місць позбавлення волі?
7. Проаналізуйте діяльність патронажної служби з особами, звільненими з місць позбавлення волі.
8. Розкрийте суть поняття «постпенітенціарний соціальний супровід».
9. Розкрийте види соціальної допомоги особам, звільненим з місць позбавлення волі.

### **Література до теми**

1. Кривуша В.І. Особливості ресоціалізації неповнолітніх злочинців. К.: «МП Леся», 2000. 140 с.

2. Методичні рекомендації щодо організації роботи з особами, звільненими із місць позбавлення волі // Сайт Міністерства соціальної політики України. Нормативна база. Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/index>

3. Наказ МВС № N 1303/203 від 04.11.2003 «Про затвердження інструкції про порядок встановлення і здійснення адміністративного нагляду за особами, звільненими з місць позбавлення волі». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0046-04>

4. Програма соціальної адаптації і ресоціалізації осіб, що звільнилися з місць позбавлення волі / Громадська організація інтелігенції м. Києва «Київ рідний дім». К., 2001.

5. Проскура В.В. Підготовка засуджених до реінтеграції у суспільство. Л.: Папуга, 2007. 200 с.

6. Проскура В.В. Соціальна робота з особами, які повернулися з місць позбавлення волі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2005. № 1 (29). С.20–30.

7. Сидоров В. Ролі та функції соціальних працівників. *Соціальна робота в Україні – перші кроки* / За ред. В. І. Полтавця К.: КМ Academia, 2000 С. 46–87.

8. Соціальна адаптація осіб, звільнених від покарання: проблеми та шляхи їх вирішення / За заг. ред. О.В. Беци. К.: «Сфера», 2003. 114 с

9. Форми та методи соціальної роботи. *Введення в соціальну роботу*: Навч. посібник. К.: Фенікс. 2001. С.57–60.

#### **Тема 14. Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими**

1. Сутність хоспісу, хоспісної та паліативної допомоги.
2. Становлення та розвиток паліативної допомоги в Україні.
3. Нормативно-правове забезпечення паліативно-хоспісної допомоги.
4. Принципи надання паліативної та хоспісної допомоги.

##### *Ключові поняття і терміни*

- хоспіс;
- асоціація паліативної та хоспісної допомоги;
- хоспісна допомога;
- паліативно-хоспісна допомога.
- паліативна допомога;

#### **1. Сутність хоспісу, хоспісної та паліативної допомоги**

**Хоспіс** – це заклад спеціалізований, як правило стаціонарного типу, але не виключно медичний, оскільки специфіка його діяльності є багатoproфільною та потребує залучення лікарів, медсестер, соціальних працівників, психологів, священнослужителів, юристів та інших фахівців; а відтак, допомога в хоспісах є кваліфікованою, хоча надавати її можуть як державні соціально-медичні заклади, так і недержавні організації відповідно до встановлених ВООЗом стандартів і вимог.

**Хоспіс** – це притулок для пацієнтів, що помирають; за своєю сутністю та специфікою діяльності хоспіс є закладом паліативної допомоги особливого типу, в який направляють термінальних пацієнтів на останній фазі їхнього життя (часові межі якої можуть коливатися від декількох тижнів, місяців до одного року), коли необхідності їхнього лікування в лікарні немає, а догляд у домашніх умовах або в будинках для людей похилого віку неможливий.

Проаналізуємо терміни «паліативна допомога» та «хоспісна допомога». Дослідження галузевої енциклопедичної літератури дає підстави стверджувати, що у вітчизняній науці державного управління немає визначень цих понять. У британському виданні «Енциклопедія урядування» також відсутні дефініції цих понять, однак знаходимо, що паліативна допомога є частиною системи охорони здоров'я, яка у вигляді послуг надається медичними працівниками й іншими фахівцями.

У вузькому розумінні паліативна допомога (від англ. *palliative care*) – допомога, яка надається термінальним / інкурабельним пацієнтам та їхнім сім'ям. Термінальними або інкурабельними пацієнтами є особи з невиліковними (смертельними) хворобами й обмеженим прогнозом життя 4 (термінальна стадія хвороби). До переліку таких хвороб найчастіше відносять онкологічні захворювання (рак), туберкульоз, важкі хронічні захворювання, що мають злоякісний перебіг (цукровий діабет, хронічні захворювання нирок і печінки тощо), хвороба Альцгеймера, епілепсія, ускладнена судинна патологія (інсульт, інфаркти), ВІЛ/СНІД та ін.

Експертами ВООЗу запропоновано визначення «паліативної допомоги», яке було використано на засіданні Парламентської Асамблеї Ради Європи при розгляді інноваційних підходів до паліативної допомоги та прийняття відповідної Резолюції. Паліативна допомога трактується як підхід щодо покращення якості життя пацієнтів і їхніх сімей, які зіштовхуються з проблемами, пов'язаними зі смертельною хворобою шляхом запобігання і полегшення страждань з використанням раннього виявлення і чіткої оцінки, лікування болю та інших фізичних симптомів, надання психосоціальної і духовної підтримки. Викладене вище визначення взято за основу та певною мірою дублюється в Наказі МОЗ України від 03.07.2007 № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги...», в якому **паліативна допомога** – це вид медичної допомоги, спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їхніх родин (сімей), які зіштовхуються з проблемами невиліковної хвороби. Подібне трактування подано в енциклопедичному словнику-довіднику «Все про соціальну роботу», в якому **паліативна допомога** – це напрям соціально-медичної діяльності, метою якого є покращення якості життя хворих, що опинилися у ситуації інкурабельного (невиліковного) захворювання, та їхніх сімей.

## 2. Становлення та розвиток паліативної допомоги в Україні

**Паліативна допомога** (від фр. *palliatif* відлат. *pallium* – покривало, плащ) – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки.

Термін «паліативний» походить від латинського «*pallium*», що має значення «маски» або «плаща». Це й визначає зміст і філософію паліативної допомоги: згладжування – пом'якшення виявів невиліковної хвороби та / або

укриття плащем / створення покриву для захисту тих, хто залишився «в холоді та без захисту».

В Україні паліативна допомога як підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів з невиліковними захворюванням, почав розвиватися з кінця 90-х років ХХ століття. У цей час були відкриті перші українські госпіси – в 1996 році у м. Львів, в 1997 – в м. Івано-Франківськ. Донині ці госпіси залишаються провідними установами з надання стаціонарної та амбулаторної паліативної допомоги населенню.

У 1999 р. було створено Асоціацію малоінвазивної та паліативної терапії. Саме ця Асоціація долучилася до робочої групи з паліативної допомоги у Східній і Центральній Європі (ЕСЕРТ) та поширення рекомендацій Ради Європи стосовно залучення системи паліативної допомоги до системи національної політики, розробила Маніфест хоспісного руху в Україні. У 2002 р. було створено Всеукраїнську благодійну організацію «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» (Ю. Губський, В.Сердюк), яка за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» вперше поставила перед громадськістю України соціально важливе питання про забезпеченню прав пацієнтів у кінці життя.

У 2007 р. було створено Всеукраїнську асоціацію паліативної допомоги (С. Мартинюк-Гресь, яка разом із Радою захисту прав та безпеки пацієнтів і за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» ініціювала відзначення в Україні Всесвітнього дня паліативної та хоспісної допомоги (у 2007–2010рр.), залучення ряду церков і релігійних об'єднань для допомоги невиліковно хворим, розвиток паліативної допомоги вдома.

Принципово важливими кроками в розвитку паліативної допомоги в Україні на загальнодержавному рівні стало створення Інституту паліативної та хоспісної медицини (ІПХМ) як головного науково-дослідного й організаційно-методичного закладу МОЗу України з надання паліативної допомоги (2008 р.) і кафедри паліативної та хоспісної медицини у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Шупика у 2010 р., яка вперше розпочала фахову підготовку лікарів та медичних сестер з цього медико-соціального напрямку (директор ІПХМ і завідувач кафедри ІПХМ НМАПО член-кореспондент НАМН України, професор Ю. Губський).

У 2011 р. створено Всеукраїнську громадську організацію «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», яка об'єднала громадських діячів, медиків, волонтерів, представників громадських та державних інституцій, що опікуються розвитком паліативної допомоги в Україні. У квітні 2011 р. Ліга опублікувала відкрите звернення учасників Національного семінару з паліативної допомоги «Доступ до опіоїдних знеболюючих засобів», що відбувся 17–18 березня 2011 року м. Київ. Члени Ліги працюють з представниками Міністерства охорони здоров'я, Державною службою з контролю за наркотиками, Міністерством внутрішніх справ України, розробляючи нормативно-правові документи для створення системи паліативної допомоги (проект наказу МОЗу «Про організацію паліативної допомоги в Україні», проект Постанови Кабінету Міністрів

«Про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та їхніх попередників в закладах охорони здоров'я», проект «Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні» тощо). У вересні 2012 року за сприяння Міжнародного фонду «Відродження», ПП «Інтерхім» та інших спонсорів в м. Києві лігою було проведено Перший Національний Конгрес з паліативної допомоги, в якому взяли участь понад 350 учасників з різних країн та континентів.

За даними МОЗу України, станом на 1 березня 2012 року в Україні створено 1054 стаціонарні ліжка з надання паліативної допомоги (це 7 стаціонарних хоспісів та більше 50 відділень паліативної допомоги). Детальніше можна дізнатися з публікації в міжнародному журналі «Прогрес в паліативній допомозі»: *Progress in Palliative Care*, Volume 20, Number 4, September 2012, pp. 197–202(6). Актуальна контактна інформація хоспісів та паліативних відділень оновлюється і збирається в рамках діяльності Міжнародної ініціативи «Паліативна допомога». В мережі Facebook створено сторінку «Паліативна допомога в Україні», де в розділі «Адреси хоспісів» можна дізнатися, які заклади надають такий вид допомоги в конкретному регіоні.

Окрім стаціонарної допомоги, активно розвивається напрямок «Хоспіс вдома». Створено мультидисциплінарні команди надання паліативної допомоги вдома в Харкові (БФ «Рука допомоги»), у Виноградівсько-Закарпатській області (БФ «Спільне об'єднання «Соціум»), в Миколаєві (БФ «Віта лайт»), Івано-Франківську (БФ «Мати Тереза», «Карітас Україна»), в Донецьку (БФ «Янгол милосердя»), у Чорткові Тернопільської області (БФ «Карітас Україна») та ін. Особливо слід відзначити роль БФ «Карітас Україна» та МФ «Відродження» у розвитку такого виду допомоги – «Хоспіс вдома». «Карітас» підтримує мережу організацій, які опікуються пацієнтами вдома – проект «Опіка вдома»; це фактично перша та найдієвіша мережа, яка допомагає родинам, де є лежачі та важкохворі пацієнти надавати гідний догляд протягом тривалого періоду часу. Проекти за підтримки МФ «Відродження» працюють у тісній співпраці з державними медичними установами. Основний принцип підтримки проектів у період від одного до трьох років – це поступова передача створених служб на баланс державних медичних структур. Такий принцип обрано не випадково, оскільки паліативні пацієнти найчастіше потерпають від хронічного больового синдрому, тож для знеболення призначаються контрольовані препарати (опіоїдні анальгетики, наприклад морфін). На сьогодні, для використання опіоїдних анальгетиків медичним закладом будь-якого типу власності, слід отримати ліцензію на медичну практику та на обіг наркотичних речовин. Тобто створені служби з надання паліативної допомоги вдома на базі державних медичних закладів, окрім догляду, надають і знеболення. Таким чином пацієнти та їхні родини отримують повний комплекс послуг.

За інформацією експертів Асоціації паліативної та хоспісної допомоги (створена у 2010 р.), станом на 1 березня 2012 р. в Україні у системі МОЗу України діють 5 стаціонарних хоспісів та 12 паліативних відділень, що мають



загалом 501 стаціонарне ліжко. 7 центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом мають до 50 хоспісних ліжок. Ще 4 хоспіси є благодійними установами, а їхніми співзасновниками є місцеві управління охорони здоров'я (75 ліжок). Ці заклади – «медикалізовані», тобто їх очолюють фахівці-лікарі, а функції соціального працівника та психолога у багатьох випадках виконують медичні працівники. Комплексного, мультидисциплінарного ведення випадку, коли, відповідно до потреб невиліковного хворого, формується, із залученням представників різних професій, індивідуальний план догляду, не існує. Деякі зміни очікуються у зв'язку з тим, що, у м. Києві за ініціативою і підтримкою згаданої Асоціації почало діяти перше в історії України паліативне відділення паліативної та хоспісної допомоги вдома на базі закладу, підпорядкованого Міністерству соціальної політики.

Отже, для нашої держави характерним є організація паліативних відділень на базі стаціонарних медичних закладів.

На думку міжнародних дослідників, для нашої країни характерна модель паліативної допомоги, типова для країн з обмеженими ресурсами. Рисами такої моделі є мала увага до проблем болю та інших симптомів (фізичних, емоційних, духовних) у пацієнтів. Не надається і підтримка родині. Іншими характерними рисами цієї моделі паліативної допомоги є табування тем, пов'язаних зі смертю (і, як наслідок, слабка поінформованість пацієнта про діагноз), а також негнучка структура, в якій лікар є головною дійовою особою, що приймає рішення

### **3. Нормативно-правове забезпечення паліативно-хоспісної допомоги.**

За останні роки в Україні було прийнято низку нових законів з питань паліативно-хоспісної допомоги:

- Про організацію паліативної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41;

- Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги: затв. наказом МОЗ України від 21 січня 2013 р. № 41;

- Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим: наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 р. № 317/353, зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 13.06.2014 р. № 625/25402;

- Про затвердження примірної постанови про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз: наказ МОЗ України від 11.06.2010 р. № 483;

- Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі: наказ МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311;

– Порядок взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим: спільний наказ Мінсоцполітики та МОЗ України від 23 травня 2014 р. № 317/353.

#### **4. Принципи надання паліативної та хоспісної допомоги.**

Виділяють наступні принципи надання паліативної та хоспісної допомоги, які визначено в ст. 2.3 Наказу МОЗ України від 21 січня 2013 р. № 41.

**Принцип доступності** означає, що надання паліативної та хоспісної допомоги має бути організовано так, щоб усі інкурабельні пацієнти мали рівні можливості відповідно до клінічних показань звертатися до спеціалізованих та неспеціалізованих служб, установ без обмежень і перешкод. Держава зобов'язана забезпечити реалізацію гарантованого пацієнтам права на отримання такої допомоги й не допускати будь-яких проявів дискримінації. Пацієнти повинні мати змогу своєчасно отримувати допомогу, користуватися соціально-медичними послугами (доглядом) у відповідних службах виходячи зі своїх потреб та з урахуванням побажань щодо місця їхнього отримання. Оскільки тривалість життя термінальних пацієнтів обмежена, то в разі потреби необхідно без зволікань спрямовувати їх від неспеціалізованих до спеціалізованих служб і навпаки. Система організації служб паліативної та хоспісної допомоги має комплексно вирішувати проблеми пацієнтів, членів їхніх сімей. У цьому контексті важливими є відкритість, належна координація та взаємодія структур і служб, що надають таку допомогу.

**Принцип високої якості** передбачає надання паліативної та хоспісної допомоги з дотриманням державних стандартів якості, розроблених відповідно до міжнародних стандартів, норм, набутого кращого досвіду, практики. Стандарти повинні містити опис змісту, ознак, загальні принципи, характеристики й обсяги допомоги, правила і вимоги до процесу її надання, які затверджено нормативно-правовим актом. Стандарти мають гарантувати дотримання суб'єктами, що надають таку допомогу (спеціалізовані, неспеціалізовані), мінімальні (обов'язкові) показники якості. Важливим аспектом високої якості є моніторинг та оцінювання надання такої допомоги, стану пацієнта. Висока якість життя пацієнта відповідно до його побажань – головна мета такої допомоги, яка визначається обсягами і характером. Для оцінки показників якості життя, пов'язаних зі станом здоров'я і захворюванням пацієнта, використовуються стандартизовані опитувальники, які охоплюють біологічні, психологічні, соціальні та духовні складові якості життя. Складові й відповідні показники якості життя пацієнта можуть змінюватися залежно від перебігу його захворювання. Якість життя залежить більшою мірою від сприйняття невідповідності між очікуваннями і фактичним станом людини, ніж від ступеня порушення функцій.

**Принцип безперервності та наступності** стосується однієї з основних вимог концепції паліативної та хоспісної допомоги і полягає в тому, що така допомога повинна надаватися впродовж захворювання

пацієнта і в разі необхідності в різних закладах охорони здоров'я, вибір якого визначається його станом. Дотримання цього принципу дає змогу досягнути важливих результатів шляхом запобігання: виникненню помилок у лікуванні пацієнта та розвитку криз у його стані; безглуздому стражданню пацієнта, виникненню в нього почуття комунікаційної ізолюваності, відчуження його рідних, близьких. Принцип передбачає щоденний моніторинг стану пацієнта і при зміні його статусу не виключає застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних методів. Ефективність реалізації цього принципу детермінована рівнем інтегрованості установ, передусім системами соціального захисту й охорони здоров'я (лікарні, відділення невідкладної допомоги, амбулаторної служби, будинки для людей похилого віку, інтернати тощо). Для координації діяльності, пов'язаної з наданням паліативної та хоспісної допомоги в умовах стаціонару і вдома, персонал служб допомоги взаємодіє з фахівцями й родичами, що здійснюють догляд.

***Принцип етичного і гуманного ставлення до пацієнта, членів його родини*** базується на дотримання суб'єктами, що надають допомогу, у своїй діяльності етичних і моральних норм поведінки. Повага гідності пацієнта, гуманне ставлення до нього та членів його родини разом з високою якістю життя є одним із вихідних положень концепції паліативної та хоспісної допомоги. При наданні паліативної та хоспісної допомоги персонал повинен ставитися до пацієнта з повагою, відкритістю, чуйністю, беручи до уваги його особистісні сподівання, культурні й релігійні цінності. Для забезпечення реалізації цього принципу важливо забезпечити формування і підтримку оптимального соціально-психологічного клімату, в якому пацієнт відчуватиме повагу до своєї гідності, а персонал – поважатиме гідність пацієнта, членів його родини і близьких.

### **Питання для контролю та самоконтролю**

1. Розкрийте суть поняття «хоспіс», «хоспісна та паліативна допомога».
2. В якому році в Україні почала розвиватися паліативна допомога?
3. У яких містах були відкриті перші українські хоспіси?
4. В якому році створено Асоціацію малоінвазійної та паліативної терапії?
5. В якому році створено Інститут паліативної та хоспісної медицини як головний науково-дослідний та організаційно-методичний заклад МОЗ України з надання паліативної допомоги?
6. В якому році створено Всеукраїнську громадську організацію «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги»?
7. Проаналізуйте нормативно-правове забезпечення паліативно-хоспісної допомоги.
8. Охарактеризуйте принципи надання паліативної та хоспісної допомоги.
9. Проаналізуйте організацію надання паліативної допомоги.

### Література до теми

1. Аймедов К.В., Друзь О.В., Кривоногова О.В. Паліативна та хоспісна допомога. Одеса: Астропринт, 2015. 104 с.
2. Губський Ю.І., Гойда Н.Г. Царенко А. В. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти. *Реабілітація та паліативна медицина: наук. практ. журн.* 2015. №1. С.70.
3. Данилюк К.В. Сутність і принципи надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. *Збірник наукових праць НАДУ*. Випуск 2/2017. С. 268–287
4. Наказ Міністерства соціальної політики України № 58 від 29.01.2016 Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0247-16>.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я № 2801-ХІІ від 19.11.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. Матеріали науково-практичної конференції (18–19 вересня 2014 р., м.Харків) за ред. д.м.н. В.Князевича, член-кор. НАМН України, проф. Ю.Губського, доц. А.Царенка. Київ, 2014. 91 с.
7. Паліативна допомога для полегшення страждань. URL: <https://khm.gov.ua/en/node/8279>.
8. Паліативна та хоспісна допомога: [Електронний ресурс] ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України»: веб-сайт. 2015. Режим доступу: [http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv\\_aids/treatment-andprevention/paliative-care](http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/treatment-andprevention/paliative-care). Назва з екрана.
9. Паліативна допомога в Україні // Українська Ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги: вебсайт. 2017. 22 лют. URL: <http://ligalife.com.ua/208>.
10. Про організацію паліативної допомоги в Україні : [Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січ. 2013 р. № 41]. *Офіц. вісн. України*. 2013. 26 лют. (№ 13). С. 77. Ст. 502.

# МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ»

## 1. КОРОТКИЙ ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	заочна форма навчання
Кількість кредитів – 6	Галузь знань: 23 «Соціальна робота» (шифр і назва)	Нормативна	
Модулів – 2	Спеціальність (професійне спрямування): 231 «Соціальна робота»	<b>Рік підготовки:</b>	
Змістових модулів – 3		3-й	3-й
Індивідуальне науково-дослідне завдання: творча робота		<b>Семестр</b>	
Загальна кількість годин – 240		5,6-й	5,6-й
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 4; для самостійної роботи – 3	<i>Освітній рівень: бакалавр</i>	<b>Лекції</b>	
		28 год.	16 год.
		<b>Практичні, семінарські</b>	
		32 год.	12 год.
		<b>Лабораторні</b>	
		–	–
		<b>Самостійна робота</b>	
		120 год.	152 год.
		<b>Індивідуальні завдання:</b> 20 год.	
		Вид контролю: іспит	

### Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить:

для денної форми навчання – 40% / 60 %;

для заочної форми навчання – 20% на 80%

## 2. МЕТА І ЗАВДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

**Мета курсу** – підготовка кваліфікованих фахівців шляхом засвоєння ними теоретичних знань, понять, принципів соціальної роботи з різними групами клієнтів в Україні та вивчення напрямів діяльності державних і громадських організацій, що надають допомогу та підтримку визначеній цільовій аудиторії.

Основними **завдання** вивчення є:

- вивчення й аналіз змісту соціальної політики щодо цільових груп, які потребують соціальної підтримки;
- систематизація теоретичних знань щодо сутності, підходів, принципів, форм, методів соціальної роботи з різними групами клієнтів;
- ознайомлення зі змістом та принципами соціальної роботи з клієнтами, що потребують екстреної соціальної підтримки;
- вивчення теоретичних засад технології ведення випадку у роботі з різними групами клієнтів та відпрацювання відповідних умінь;
- аналіз та узагальнення досвіду соціальної роботи з різними групами клієнтів державних і громадських організацій в Україні.

**Очікувані результати.** Вивчивши навчальну дисципліну студенти мають володіти **знаннями** щодо:

- підходів до визначення спеціальних груп клієнтів;
- особливостей запобігання стигматизації різних груп клієнтів;
- сутності та принципів соціальної політики щодо цільових груп, які потребують соціальної підтримки;
- змісту, методів і форм соціальної роботи з різними групами клієнтів;
- специфіки надання екстреної соціальної підтримки для певних груп клієнтів;
- особливостей технології ведення випадку у роботі з різними групами клієнтів;
- ролі та функцій різних соціальних інституцій у сфері соціальної роботи з різними групами клієнтів.

Під час практичних і лабораторних занять, індивідуальної навчально-дослідницької та самостійної роботи студенти набувають **уміння й навички**:

- планування та організації соціальної роботи з різними групами клієнтів;
- вибору й застосування адекватних та ефективних методів і форм у роботі з відповідними групами клієнтів;
- налагодження взаємодії та партнерства з організаціями, що здійснюють соціальну роботу з різними групами клієнтів;
- аналізу дій фахівців, що займаються соціальною роботою з різними групами клієнтів, надання рекомендацій щодо оптимізації та модернізації такої діяльності.

### **3. ЗМІСТ ПРОГРАМИ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

#### **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ**

##### **Тема 1. Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів**

Соціально-демографічні проблеми суспільства. Сучасні протиріччя соціальної політики щодо різних груп населення. Соціальна робота як умова вдосконалення стосунків держави та різних груп населення. Історичні аспекти становлення роботи зі спеціальними групами клієнтів. Сучасні тенденції соціальної роботи з особливими групами клієнтів у різних країнах світу.

##### **Тема 2. Особливості роботи з різними групами клієнтів**

Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема. Види соціально небезпечних явищ: злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД. Людина в системі негативних явищ. Соціальна політика щодо спеціальних груп клієнтів. Сучасні теорії та практика запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів. Роль субкультурних відмінностей різних груп клієнтів. Причини конфліктної поведінки спеціальних груп клієнтів.

#### **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2 СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕЗАХИЩЕНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА З “ГРУПАМИ РИЗИКУ”**

##### **Тема 3. Соціальна робота з допризовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей**

Соціальна зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю. Організація практичної соціальної роботи з військовозобов'язаними. Специфіка військової служби. Основні проблеми військових та їхніх сімей. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями (методи і засоби).

##### **Тема 4. Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення**

Показники матеріальної забезпеченості населення. Соціальний захист малозабезпеченого населення. Форми та методи соціальної роботи щодо підвищення життєвого рівня малозабезпечених груп населення. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.

##### **Тема 5. Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями**

Поняття “інвалідність” та його види. Соціальні заклади й стаціонарні установи по роботі з інвалідами. Напрямки роботи з людьми, які мають

фізичні чи психологічні вади. Реалізація соціальних заходів на різноманітних рівнях.

### **Тема 6. Соціальна робота з людьми похилого віку**

Соціальний статус, психосоціальні особливості людей похилого віку, самотніх. Особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку. Робота відділів соціального патронажу й обслуговування людей похилого віку та самотніх: функціональні обов'язки персоналу, форми роботи з клієнтами.

### **Тема 7. Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю**

Особливості впливу алкоголізму на процеси соціалізації: зміни поведінки під впливом зловживання алкоголем, формування хвороби. Соціально-психологічні і медико-біологічні показники статусу хворої людини. Робота зі спеціальними групами клієнтів, хворими на алкоголізм. Соціально-психологічні підходи до роботи з алкоголіками. Організаційні умови і принципи функціонування груп взаємопідтримки. Досвід функціонування груп в Україні. Специфіка формування наркотичної хвороби: поняття про психологічну і фізичну залежність. Робота зі спеціальними групами клієнтів, хворих на наркоманію: цільові програми лікування й реабілітації наркоманів. Світові стратегії розв'язання проблеми наркотизації. Організаційні умови і принципи функціонування груп взаємопідтримки. Спілкування та взаємодія з клієнтами в процесі реабілітації. Особливості соціального відновлення після реабілітації.

### **Тема 8. Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД**

ВІЛ/СНІД як соціальна проблема. Соціально-психологічні моделі роботи зі спеціальними групами клієнтів, хворими на СНІД. Системи лікування і підтримки уражених груп. Соціальна робота з вагітними-ВІЛ-інфікованими: умови народження здорової дитини. Соціальна робота з ін'єкційними наркоманами. Закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу. Групи взаємопідтримки. Сутність самопревенції і роль особистих якостей спеціальних груп клієнтів у запобіганні поширення соціально небезпечних хвороб.

### **Тема 9. Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання**

Категорія громадян, які відносяться до осіб без визначеного місця проживання. Соціальний портрет осіб без визначеного місця проживання. Специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання. Діяльність та оцінка можливостей громадських організацій, які працюють з бездомними. Сучасні наукові погляди на деякі проблеми осіб без визначеного місця проживання як соціальне явище.



## **Тема 10. Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї**

Діти і жінки як особлива категорія клієнтів у соціальній роботі, проблеми насильства над жінками. Етапи насилля. Профілактика насилля і теорії подолання наслідків насилля. Основні проблеми насильства. Державна політика щодо покращення становища жінок та дітей в Україні.

## **Тема 11. Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми»**

Правові основи соціальної роботи у сфері попередження торгівлі людьми. Мета, завдання і принципи соціальної роботи із попередження торгівлі людьми й надання допомоги потерпілим. Соціальна профілактика торгівлі людьми. Соціальна реабілітація потерпілих від торгівлі людьми. Соціально-психологічний портрет потерпілих від торгівлі людьми. Причини і наслідки торгівлі жінками з України. Принципи допомоги жінкам, потерпілим від торгівлі людьми. Кризові центри та гарячі лінії.

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СІМ'ЯМИ, ДІТЬМИ, МОЛОДІУ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ЕКСТРЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

## **Тема 12. Соціальна робота з безробітними людьми**

Безробіття як соціальне явище. Загальні підходи та принципи роботи. Методи і технології соціальної роботи. Організація надання допомоги безробітним особам. Приклади діяльності соціальних служб.

## **Тема 13. Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі**

Соціальний супровід звільнених з місць позбавлення волі. Мета і зміст соціальної роботи з особами, що повернулися з місць позбавлення волі. Профілактична робота зі звільненими з місць позбавлення волі. Роль соціальних служб у ресоціалізації. Форми і методи соціальної роботи з колишніми засудженими. Індивідуальна робота з клієнтом. Психологічна і правова консультація. Психолого-педагогічна допомога у відновленні втрачених зв'язків із сім'єю. Працевлаштування. Професійна орієнтація, психологічна підтримка соціальної роботи колишніх засуджених.

## **Тема 14. Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими**

Особливості та потреби тяжкохворих і невиліковно хворих дітей та молоді. Генеза становлення соціальної роботи з тяжкохворими й невиліковно хворими. Сутність хоспісу, хоспісної та паліативної допомоги. Основні принципи і підходи до паліативної допомоги в Україні. Особливості консультування невиліковно хворих.

#### 4. СТРУКТУРА РОЗПОДІЛУ НАВЧАЛЬНОГО ЧАСУ В ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ

Назва змістових модулів і тем	Кількість годин											
	денна форма						заочна форма					
	усього	у тому числі					усього	у тому числі				
		л	п	л	інд.	с.р		л	п	л	інд.	с.р.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Модуль 1</b>												
<b>Змістовий модуль 1. Теоретичні засади соціальної роботи з різними групами клієнтів</b>												
Тема 1. Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів	12	2	2			8	12	2				10
Тема 2. Особливості роботи з різними групами клієнтів	12	2	2			8	12		2			10
Разом за змістовим модулем 1	24	4	4			16	24	2	2			20
<b>Змістовий модуль 2. Соціальна робота з соціально незахищеними категоріями населення та з «групами ризику»</b>												
Тема 3. Соціальна робота з допри-зовною молоддю, військовослужбовцями та членами їх сімей	12	2	2			8	12	2				10
Тема 4. Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення	10	2	2			6	12	2				10
Тема 5. Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями	12	2	2			8	12		2			10
Тема 6. Соціальна робота з людьми похилого віку	12	2	2			8	12	2				10
Тема 7. Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною залежністю.	12	2	2			8	14		2			12
Тема 8. Соціальна робота з особами, що займаються секс-бізнесом	8		2			6	10					10
Тема 9. Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	12	2	2			8	12		2			10

Тема 10. Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання	10	2	2			6	10	2				8
Тема 11. Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насильства в сім'ї	12	2	2			8	10		2			8
Тема 12. Організація роботи з жертвами «торгівлі людьми»	12	2	2			8	8					8
Разом за змістовим модулем 2	112	18	20			74	112	8	8			96
<b>Змістовий модуль 3. Соціальна робота з сім'ями, дітьми, молоддю, що перебувають у складних життєвих ситуаціях та потребують екстреної соціальної допомоги</b>												
Тема 13. Соціальна робота з безробітними людьми	12	2	2			8	10	2				8
Тема 14. Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі	10	2	2			6	12	2				10
Тема 15. Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема невиліковно хворих	12	2	2			8	12	2				10
Тема 16. Соціальна робота з юними матерями, попередження відмов від новонароджених	10		2			8	10		2			8
Разом за змістовим модулем 3	44	6	8			30	44	6	2			36
<b>Усього годин</b>	<b>180</b>	<b>28</b>	<b>32</b>			<b>120</b>	<b>180</b>	<b>16</b>	<b>12</b>			<b>152</b>

**5. ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ**  
**ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1**  
**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ**  
**ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ**

Семінарське заняття №1  
**СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ**  
**КЛІЄНТІВ**

***I. Питання для обговорення:***

1. Соціально-демографічні проблеми суспільства.
2. Соціально-економічне становище в Україні.
3. Сучасні протиріччя соціальної політики щодо різних груп населення.
4. Соціальна робота як умова вдосконалення стосунків держави та різних груп населення.
5. Історичні аспекти становлення роботи зі спеціальними групами клієнтів.
6. Сучасні тенденції соціальної роботи з особливими групами клієнтів у різних країнах світу.

***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Опрацювати положення Закону України «Про соціальні послуги»: види, зміст, суб'єкти надання соціальних послуг.

***III. Рекомендована література:***

1. Бурая Н.П. Соціальна робота: Навч. посіб. Х.: Ун-т внутр. справ, 1996. 104 с.
2. Жуков В. Соціальна політика: світові тенденції та моделі, застосування в Україні. *Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі* / За заг. ред. І. Зверевої та Г. Лактіонової. К.: Наук, світ, 2001. С. 8–23.
3. Робота з клієнтами соціальних служб / Під ред. З.Г. Зайцева. Житомир: «Екосфера», 1994. 117 с.
4. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
5. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С.Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.
6. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкірєв. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.

## ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ

### ***I. Питання для обговорення:***

1. Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема.
2. Види соціально небезпечних явищ: злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД.
3. Людина в системі негативних явищ.
4. Соціальна політика щодо спеціальних груп клієнтів.
5. Запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів.
6. Роль субкультурних відмінностей різних груп клієнтів.
7. Причини конфліктної поведінки спеціальних груп клієнтів

### ***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи***

Метод «Жива бібліотека» у протидії стигматизації та дискримінації різних груп клієнтів. Завдання: Створити презентацію із 7–9 слайдів за заданою структурою (обов'язковим є використання діаграм, графіків та схем як зручної форми подання матеріалу для подальшого аналізу).

### ***III. Рекомендована література:***

1. Макарова О.В. Соціальна політика в Україні: Монографія; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. К., 2015. 244 с.
2. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. Посібник / Тюптя Л.Т., Іванова І. Б. К.:Ун-т «Україна», 2004. 408 с.
3. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, О.І. Янкович, З.П. Бондаренко, Т.Л. Лях; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка; Християн. дит. фонд. 2-ге вид., перероб. і доп. К.: ДЦССМ, 2004. 266 с.
4. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
5. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкірев. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.
6. Соціальна робота: Навч. посібник, Ч.3: Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т.Семигіної та І.Григи. К.:Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 166 с.
7. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник / За ред. Т.В.Семигіної, І.І.Миговича. К.:Академвидав, 2005. 328 с

**ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2**  
**СОЦІАЛЬНА РОБОТА З СОЦІАЛЬНО НЕЗАХИЩЕНИМИ**  
**КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА З «ГРУПАМИ РИЗИКУ»**

Семінарське заняття №3

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДОПРИЗОВНОЮ МОЛОДДЮ,**  
**ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ТА ЧЛЕНАМИ ЇХНІХ СІМЕЙ**

***I. Питання для обговорення:***

1. Соціальна зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю.
2. Специфіка військової служби.
3. Основні проблеми військовослужбовців та їхніх сімей.
4. Основні напрями, методи і форми роботи з категоріями військовослужбовців.
5. Організація соціальної роботи: з допризовною молоддю; із призовниками; військовослужбовцями строкової служби; з родинами військовослужбовців; молоддю, що звільнилася зі Збройних сил України.

***II. Тематика рефератів:***

1. Організація військово-патріотичного виховання школярів у ЗОШі.
2. Традиції військової підготовки в Україні
3. Особливості Збройних сил та допризовної підготовки.

***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

1. Підберіть психодіагностичні методики, спрямовані на визначення основних властивостей особистості людини: вивчення рівня самоконтролю; визначення ціннісних орієнтацій особистості; оцінки комунікативних і організаторських схильностей (КОС-КОР); визначення типу поведінки особистості в конфліктній ситуації; визначення тенденцій поведінки особистості в групі.
2. Законспекуйте Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу».

***IV. Рекомендована література:***

1. Думко Ф.К. Підготовка курсантів до роботи з неблагополучними сім'ями. Одеса: Астропринт, 2002. 168 с.
2. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
3. Зверєва І.Д. Соціальна робота з дітьми і молоддю (теоретико-методологічні аспекти). / І.Д. Зверєва, І.В. Керецман, О.І. Пічкарь. Ужгород: УжНУ, 2000. Ч.1. 192 с.
4. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-метод. посіб. К.: УДЦССМ, 2001. 220 с.
5. Робота з клієнтами соціальних служб / Під ред. З.Г. Зайцева, Житомир: «Екосфера», 1994. 117 с.

6. Секретна І.В. Робота з призовною молоддю та військовослужбовцями. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003. №4. С. 162–169.

#### Семінарське заняття №4

### СОЦІАЛЬНА РОБОТА З МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНИМИ ГРУПАМИ НАСЕЛЕННЯ

#### ***I. Питання для обговорення:***

1. Показники матеріальної забезпеченості населення.
2. Соціальний захист малозабезпеченого населення.
3. Форми та методи соціальної роботи щодо підвищення життєвого рівня малозабезпечених груп населення.
4. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.

#### ***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

1. Складіть перелік нормативно-правового забезпечення малозабезпечених груп населення.
2. Опрацюйте положення Закону України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» та Постанову Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2003 р. №250 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям».

#### ***III. Рекомендована література:***

1. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
2. Словарь справочник по социальной работе. / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. 424 с.
3. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
4. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С.Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.
5. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрущенко, В.П. Бех, В.А. Башкірев. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.

#### Семінарське заняття 5

### СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ТА ПІДТРИМКА ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

#### ***I. Питання для обговорення:***

1. Поняття «інвалідність» та його види.
2. Соціальний захист інвалідів.

3. Соціальні заклади й стаціонарні установи по роботі з інвалідами.
4. Недержавні організації та установи інвалідів.
5. Напрямки роботи з людьми, які мають фізичні чи психологічні вади.
6. Реалізація соціальних заходів на різноманітних рівнях.

## ***II. Теми для дискусії:***

1. Стан та структура інвалідності: міжнародні аспекти правового захисту інвалідів; визначення термінології; міжнародні концепції встановлення інвалідності.
2. Сутність освіти, професійної підготовки і професійного навчання інвалідів, їхнього працевлаштування.

## ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Схематично зобразіть законодавство із соціального захисту інвалідів.

## ***IV. Рекомендована література:***

1. Богданов С. Соціальний захист інвалідів: Український та польський досвід / Наук. ред. О. Палій. К.: «Основи», 2002, 93 с.
2. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів. К.: Всеукр. громад.-політ, об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України», 2005. Вип. 3. 248 с.
3. Соціальна підтримка дітей з обмеженими функціональними можливостями: Методичні рекомендації / Авт.-упор. О.В. Безпалько. М.: Социально-технологический институт, 2000. 84 с.
4. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера / Під заг. ред. І. Д. Зверєвої. К.: Наук, світ, 2002. 55 с.
5. Соціальна робота: Короткий енцикл. слов / Соціальна робота. Кн. 4. К.: ДЦССМ. С. 194–197.
6. Тюття Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. С. 338–380.

### **Семінарське заняття 6**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

#### ***I. Питання для обговорення:***

1. Старість і старіння як соціальні феномени.
2. Сутність принципів щодо людей похилого віку (ООН, 1991).
3. Основні завдання соціальної роботи з літніми людьми.
4. Особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку.
5. Територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян і відділення соціальної допомоги вдома.
6. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід.
7. Аналіз соціальних проектів із підтримки людей похилого віку та самотніх.



## ***II. Теми для дискусії:***

1. Старість крізь призму стереотипів. Сутність турботи про людей похилого віку; цілі діяльності, яка має змінити на краще характер турботи про людей похилого віку; сутність соціальної адаптації до старості. Стратегії міжнародного співробітництва щодо соціального захисту людей похилого віку.
2. Завдання і функції організацій та установ Міністерства праці та соціальної політики із соціальної роботи з пенсіонерами: управління соціального захисту, стаціонарні установи, територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян, відділення соціальної допомоги вдома.

## ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Розробіть проект на тему «Допомога людям похилого віку».

## ***IV. Рекомендована література:***

1. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
2. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. М.: Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2000. 96 с.
3. Соціальна робота в Україні / За заг. ред, І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. К.: Наук, світ, 2003. С. 121–157.
4. Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Капської. К.: Центр навч. літ., 2004. С. 316–327.
5. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. С. 338–380.
6. Яцемирская Р.С. Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб. пособие. М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1999. С. 202–218.

### **Семінарське заняття 7**

## **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ З АЛКОГОЛЬНОЮ ТА НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

### ***I. Питання для обговорення:***

1. Суспільна небезпечність алкоголізації та наркотизації населення, динаміка її розповсюдження.
2. Особливості впливу алкоголізму та наркоманії на процеси соціалізації: зміни поведінки під впливом зловживання алкоголем, наркотиками, формування хвороби.
3. Соціально-психологічні і медико-біологічні показники статусу людини хворої на алкоголізм та наркоманію.
4. Робота зі спеціальними групами клієнтів, хворих на алкоголізм та наркоманію.
5. Світові стратегії розв'язання проблеми алкоголізації та наркотизації.

6. Групи самодопомоги, клубна форма реабілітації у громадських організаціях.

## ***II. Тематика рефератів та наукових повідомлень:***

1. Сімейні алкогольні традиції та їхній вплив на розвиток дитячого алкоголізму.
2. Особливості соціальних відхилень у підлітків, які вживають алкоголь.
3. Конвенція ООН про права дитини, яка вживає спиртні напої.
4. Регіональні особливості установ профілактичної роботи серед дітей, які вживають спиртні напої.
5. Вплив наркотиків і токсинів на поведінку людини.
6. Соціальна дезадаптація підлітків-наркоманів.

## ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Опрацюйте Конвенцію ООН про права дитини, яка вживає спиртні напої.

## ***IV. Рекомендована література:***

1. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. Ч. 1. Теоретична частина. 2-ге вид., перероб і доповн. К., 2016. 188 с.
2. Бойко А.М. Соціальна робота з клієнтами із залежністю від алкоголю та наркотиків: Метод. рек. з навч. курсу для магістеріуму / Шк. соц. роботи; Нац. ун-ту «Києво-Могилянська академія»; Кафедра соц. роботи; Ужгород, держ. ун-ту. К.; Ужгород, 2000. 76 с.
3. Діти «групи ризику»: психологічні, соціальні та правові аспекти. К.: КМДА, Служба у справах неповнолітніх, 2001. 192 с.
4. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. СПб., 2002. 272 с.
5. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Лазаренко Б.П., Пінчук І.М. / К.: 2002. 144 с.
6. Методичні рекомендації до комплексної програми «Профілактика негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі» / А.М. Павленко, І.М. Пінчук, Л.П. Шнеренко. К.: УДЦССМ. 2001. 72 с.
7. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: науково-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи / Харченко С.Я., Кратінов М.С., Ваховський Л.Ц., Кратінова В.О., Песоцька О.П., Караман О.Л. Луганськ: «Альма-матер», 2003. 198 с.

Семінарське заняття №8

## **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ СЕКС-БІЗНЕСОМ**

### ***I. Питання для обговорення:***

1. Визначення поняття «секс-працівник». Типи секс-робітниць.

2. Історія виникнення секс-бізнесу.
3. Професія секс-працівниць у зарубіжних країнах.
4. Структура секс-бізнесу.
5. Класифікація повій.
6. Використання аутрич-методу соціальними працівниками у роботі з особами, що займаються секс-бізнесом.
7. Робота із сексуальними меншинами й особами, які займаються проституцією.

## ***II. Тематика рефератів та наукових повідомлень:***

1. Дитяча проституція як форма прояву девіантної поведінки дітей.
2. Зміст та форми профілактики дитячої проституції.
3. Причини та наслідки хлопчачої проституції.
4. Соціально-педагогічна реабілітація дівчаток-проститутток.

## ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Запропонуйте заходи з протидії зростанню проституції.

## ***IV. Рекомендована література:***

1. Иванова Л. Подростковая проституция: о некоторых аспектах проблемы: научное издание. *Воспитание школьников*. 2002. № 9. С.58–61
2. Кулік О. Проституція в Україні: міфи і реалії. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://lalak.org.ua/files/ОлександрКулікПроституціявУкраїні.doc> 2.
3. Любов за деньги: Кровь и горе [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://geisha.org.ua>.
4. Медведєв В.С., Шевченко О.М. «Юридично-психологічна характеристика сучасних проблем української молоді: проблема проституції».
5. Набока В.М. Торгівля жінками в Україні як вид латентних соціальних відносин / Автореф. дис... канд. соціол. наук: 22.00.03 Харків. 2003. 17 с.
6. Соціальна робота в Україні: Навчальний посібник / За ред. І.Д. Зверєвої, О.В. Безпалько, С.Я. Марченко та ін.; за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.

### **Семінарське заняття №9**

## **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ТА ХВОРИМИ НА СНІД**

### ***I. Питання для обговорення:***

1. ВІЛ/СНІД як соціальна проблема.
2. Нормативно-правове забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
3. Системи лікування і підтримки уражених груп.
4. Соціальна робота з вагітними-ВІЛ-інфікованими: умови народження здорової дитини.

5. Закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

## ***II. Тематика рефератів та наукових повідомлень:***

1. Вплив соціальних інститутів на процес соціалізації ВІЛ-інфікованої дитини.
2. Соціально-психологічна підтримка ВІЛ-позитивних дітей та їхніх сімей в Україні.
3. Особливості соціально-педагогічної роботи з сім'ями, які виховують ВІЛ-інфікованих дітей.
4. Напрями соціально-педагогічної роботи з сім'ями, які виховують ВІЛ-інфікованих дітей.

## ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи***

1. Опрацюйте загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (2019–2024 роки).
2. Складіть перелік лікувальних закладів та неурядових організацій, що працюють у сфері ВІЛу та послуг, які вони надають.

## ***IV. Рекомендована література:***

1. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми / Аряєв М.Л., Котова Н.В., Старець О.О. та ін. К. : Кобза, 2003. 168 с.
2. Закон України «Про запобігання захворювання СНІДом і соціальному захисту населення». *Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: сучасний стан і шляхи вдосконалення*. К. : Сфера, 2003. С. 34–44.
3. Калашников Ю.В. Профілактика ВІЛ/СНІДу: консультативні пункти «Довіра» центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді . *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2005. № 1. С. 155–170.
4. Методичні рекомендації щодо соціальної підтримки людей, які живуть з ВІЛ : з досвіду роботи / Калашніков Ю.В., Крисов Л.П., Муценко Д.В. та ін. К. : ДСССДМ, 2005. 116 с.
5. Організація комплексного догляду та підтримки для ВІЛ- позитивних людей на базі громадських центрів : метод. посіб. / [І.Агеєва, Я.Бляхарський, А. Бойко та ін.] ; за ред. Т. Семигіної. К. : Всеукраїнська мережа ЛЖВ, 2005. 127 с.
6. Семигіна Т. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації / Семигіна Т., Банас О., Венедиктова Н. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. 620 с.
7. Стандарти соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні: передумови та перспективи / [упоряд.: В. А. Сановська, М. О. Микитюк]. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2005. 128 с.

Семінарське заняття №10

**ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ БЕЗ  
ВИЗНАЧЕНОГО МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ**

***I. Питання для обговорення:***

1. Категорія громадян, які відносяться до осіб без визначеного місця проживання.
2. Соціальний портрет осіб без визначеного місця проживання.
3. Специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання.
4. Діяльність та оцінка можливостей громадських організацій, які працюють з бездомними.
5. Сучасні наукові погляди на деякі проблеми осіб без визначеного місця проживання як соціальні явища.

***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

1. Окресліть систему допомоги та підтримки людям без визначеного місця проживання в Україні.
2. Розробіть проект на тему: «Соціальна реінтеграція бездомних».

***III. Рекомендована література:***

1. Вадзюк О. Соціальна робота з клієнтами. *Соціальна робота в Україні: теорія та практика*. Ч. 3. 2002. С. 115–121.
2. Горелов Д. Роль громадянського суспільства у реформуванні системи надання соціальних послуг населенню. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/Monitor/desember08/28.htm>
3. Горемікіна Ю. Проблеми розвитку недержавних організацій у сфері надання соціальних послуг. *Демографія та соціальна економіка*. 2009. №. 1. С. 161–168.
4. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: Навч. Посіб. 2-ге вид., доп. І випр. К.: МАУП, 2003. 168 с.
5. Основні напрями запобігання бездомності до 2017 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.03.2013 р. № 162. *Офіційний вісник України*. 2013. № 22. Ст. 743.
6. Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей: Закон України від 20.01.2018р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2623-15>
7. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>

Семінарське заняття №11

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ  
НАСИЛЛЯ В СІМ'Ї**

***I. Питання для обговорення:***

1. Насильство в сім'ї як соціальна проблема.
2. Загальні підходи і принципи соціальної роботи із клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї

3. Профілактика насилля та теорії подолання наслідків насилля.
4. Організація надання послуг клієнтам, які зазнали насильства в сім'ї.
5. Діяльність соціальних служб у роботі з клієнтами, які зазнали насилля в сім'ї.

## ***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

1. Опрацюйте закон України «Про попередження насильства в сім'ї».
2. Розробіть буклет на тему: «Сім'я без насильства».

## ***III. Рекомендована література:***

1. Запобігання насильству в сім'ї у діяльності фахівців соціальної сфери: навчально-методичний посібник / Авт. кол.: Бондаровська В.М., Бордіян Я.І., Булах Л.В., Журавель Т.В. та ін. / За заг. ред. Бондаровська В.М., Журавель Т.В., Пилипас Ю.В. К.: ТОВ «Видавничий дім «КАЛИТА». 2014. 282 с.
2. Міжнародний досвід попередження та протидії домашньому насильству [Монографія] / А. О. Галай, В. О. Галай, Л. О. Головка, В. В. Муранова та ін. / За заг. ред. А. О. Галай. К.: КНТ, 2014. 160 с.
3. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї. Проект «Гармонія». Львів. 2004. 95 с.
4. Мінакова К. Основні соціально-педагогічні та психологічні характеристики жінки – жертви сімейного насилля. Соціальна педагогіка. 2005. №2. С.43–47
5. Савчук О.М. Об'єктивізація впливу тренінгу асертивності на психологічний стан жінок, які зазнали насильства. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №6. С. 74–76
6. Савчук О.М. Стратегії роботи із співзалежними жінками, які зазнають насилля в сім'ї. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №4. С. 51–60
7. Тюття Л. Т. Соціальна робота : теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. / Л.Т. Тюття, І.Б. Іванова. К. : Знання, 2008. 574 с.
8. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури. 2006. 464 с.

### **Семінарське заняття №12**

## **ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЖЕРТВАМИ «ТОРГІВЛІ ЛЮДЬМИ»**

### ***I. Питання для обговорення:***

1. Мета, завдання і принципи соціальної роботи із попередження торгівлі людьми й надання допомоги потерпілим.
2. Соціальна профілактика торгівлі людьми.
3. Соціальна реабілітація потерпілих від торгівлі людьми.
4. Причини і наслідки торгівлі жінками з України.
5. Кризові центри та гарячі лінії для потерпілих від торгівлі людьми.

## ***II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

1. Опрацюйте закон України «Про протидію торгівлі людьми».
2. Опишіть соціально-психологічний портрет потерпілих від торгівлі людьми.

## ***III. Рекомендована література:***

1. Грищенко С.В.. Протидія торгівлі людьми : навч. посіб.; Чернігів. нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. Чернігів : Лозовий В. М., 2015. 223 с.
2. Данильчук Л. О.. Соціальна профілактика торгівлі людьми засобами інформаційно-комунікаційних технологій: теорія і методика : монографія; Кременец. обл. гуманітар.-пед. ін-т ім. Тараса Шевченка. Хмельницький : Цюпак А. А., 2014. 495 с.
3. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник / М.П. Лукашевич, Т.В. Семигіна. К. : Каравела, 2009. 368 с.
4. Протидія торгівлі людьми в Україні: навчально-методичний посібник до спецкурсу / Автори-упорядники: Е. Мручковська, Н. Пахом'юк, О. Кочерга; за заг. ред. К. Левківського та ін. К.: ВАІТЕ, 2017. 88 с.
5. Протидія торгівлі людьми: навчально-методичний посібник / за ред. Т.Семигіної. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2008. 166 с.
6. Соціальна робота : технологічний аспект : навч. посіб. / за заг. ред. проф. А.Й. Капської. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
7. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я.Марченко та ін. ; за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонові. К. : Наук. світ, 2003. 233 с.
8. Соціально-педагогічні основи протидії торгівлі людьми та експлуатації дітей: навч.-метод. посіб. / [Н.П. Бочкор та ін. ; упоряд. О.В. Ясельська, В.Ю. Кизим] ; за заг. ред. К. Б. Левченко, Л. Г. Ковальчук, О. А. Удалової ; Ін-т інновац. технологій і змісту освіти, Міжнар. правозахис. центр «Ла-Страда Україна». К. : Агентство Україна, 2011. 291 с.

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СІМ'ЯМИ, ДІТЬМИ, МОЛОДДЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ПОТРЕБУЮТЬ ЕКСТРЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

#### **Семінарське заняття №13**

#### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З БЕЗРОБІТНИМИ ЛЮДЬМИ**

##### ***I. Питання для обговорення:***

1. Безробіття як соціальне явище.
2. Загальні підходи та принципи робіт із безробітними особами.
3. Методи і технології соціальної роботи із безробітними.
4. Організація надання допомоги безробітним.
5. Приклади діяльності соціальних служб щодо подолання безробіття.

##### ***II. Тематика рефератів та наукових повідомлень:***

1. Діяльність Державного фонду зайнятості.
2. Технології працевлаштування громадян у центрах зайнятості.
3. Індивідуалізація та диференціація в соціальній роботі з працевлаштування.

### ***III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:***

Опишіть діяльність Державного фонду зайнятості.

### ***IV. Рекомендована література:***

1. Єдина технологія надання соціальних послуг центрами зайнятості України (удосконалена) : науково-дослідна робота / Ю.М. Маршавін, Д.Ю.Маршавін, Л.Є. Ляміна, Л.М. Фокас. К., 2010. 485 с.
2. Єдина технологія обслуговування незайнятого населення в центрах зайнятості України / Маршавін Ю., Ляміна Л., Фокас Л. та ін. К.: ІПК ДСЗУ, 2000. 300 с.
3. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник / М.П. Лукашевич, Т.В. Семигіна. 2-е вид. К. : Каравела, 2012. 368 с.
4. Поняття безробіття [Електронний ресурс]. Режим доступу до сторінки : <http://www.houseofmcdonnell.com/materiali-potem/42-ponyttya-bezrobttya.html>.
5. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під редакцією В. Полтавця. К.: Видавничий дім «КМ Academia», 2000. 236 с.
6. Соціальна робота у сфері зайнятості населення : навч. посіб. для студ. спец. соціальна робота / за ред. В.В. Харабет, А.І. Андрющенко, В.М.Ніколаєвського. Маріуполь : Новий світ, 2012. 568 с.
7. Чемерис А. Т. Організація діяльності служби зайнятості : конспект лекцій. К. : МАУП, 2006. 120 с.

### **Семінарське заняття №14**

## **ОРГАНІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ОСОБАМ, ЩО ПОВЕРНУЛИСЯ З МІСЦЬ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ**

### ***I. Питання для обговорення:***

1. Мета і зміст соціальної роботи з особами, що повернулися з місць позбавлення волі.
2. Роль соціальних служб у ресоціалізації.
3. Характер діяльності соціального працівника щодо колишніх засуджених у відкритому середовищі.
4. Форми і методи соціальної роботи з колишніми засудженими.

### ***II. Тематика рефератів та наукових повідомлень:***

1. Законодавче та нормативне забезпечення соціальної адаптації осіб, звільнених із місць позбавлення волі.
2. Психологічні особливості звільнених із місць позбавлення волі та робота з ними.
3. Технології соціальної адаптації осіб, які повертаються з місць позбавлення волі.



### **III. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:**

Опрацюйте законодавче та нормативне забезпечення соціальної адаптації осіб, звільнених із місць позбавлення волі.

### **IV. Рекомендована література**

1. Методичні рекомендації, щодо організації роботи з особами, звільненими із місць позбавлення волі. Сайт Міністерства соціальної політики України. Нормативна база. Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/index>
2. Програма соціальної адаптації і ресоціалізації осіб, що звільнилися з місць позбавлення волі / Громадська організація інтелігенції м. Києва «Київ – рідний дім». К., 2001.
3. Проскура В.В. Соціальна адаптація осіб, які повернулися з місць позбавлення волі (за матеріалами соціального дослідження. *Магістеріум*. 2004. Випуск 15. С. 65–71.
4. Проскура В.В. Соціальна робота з особами, які повернулися з місць позбавлення волі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2005. № 1 (29). С.20–30.
5. Проскура В.В. Соціальна робота з особами, які повернулися з місць позбавлення волі в Україні. *Наукові записки НаУКМА*. 2003. Т.22. У 3х ч.Ч.2 Суспільні науки. С. 291–295.
6. Сидоров В. Ролі та функції соціальних працівників. Соціальна робота в Україні – перші кроки / Під ред. В. І.Полтавця. К.: Вид. дім «КМ Academia». 2000. С. 46–87.
7. Соціальна реабілітація неповнолітніх, які повернулись з мість позбавлення волі, у соціальних службах для молоді / за ред. З. Г. Зайцева. К.: А.Л.Д., 2015. 64 с.
8. Форми та методи соціальної роботи. Введення в соціальну роботу: Навч. посібник. К.: Фенікс. 2001. С.57–60.

#### **Семінарське заняття №15**

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДОВГОТРИВАЛОМУ ЛІКУВАННІ, ЗОКРЕМА З НЕВИЛІКОВНО ХВОРИМИ**

#### **I. Питання для обговорення:**

1. Особливості та потреби тяжкохворих і невиліковно хворих дітей та молоді.
2. Генеза становлення соціальної роботи з тяжкохворими й невиліковно хворими.
3. Сутність хоспісу, хоспісної та паліативної допомоги.
4. Основні принципи і підходи до паліативної допомоги в Україні.

#### **II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:**

Опишіть діяльність благодійних фондів допомоги невиліковно хворим (на вибір).

### **III. Рекомендована література:**

1. Вольф О.О. Соціальна робота щодо допомоги тяжко хворим громадянам у кінці їх життя в умовах діяльності глобальних організацій, лібералізації і приватизації ринку охорони здоров'я. Перспективи для України. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції*, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. / Ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського. К. : Університет «Україна», 2012. С. 187–192
2. Вороненко Ю.В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.* ; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. Київ : Талком, 2013. С. 49–62
3. Гойда Н.Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої наук.-практ. конф.* ; за ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського. К. : Університет «Україна», 2012. С. 177–179
4. Губський Ю.І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам. *Медичні перспективи*. 2010. Т. XV. № 1. С. 26–28.
5. Матеріали Першого національного конгресу з паліативної допомоги (м. Ірпень, 26–27 вересня 2012 року) : Збірник доповідей / Всеукр. громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Міністерство охорони здоров'я України ; ред. Ю. М. Калита ; сост. : О. Коваленко, Л. Брацюнь. Київ : Вид. дім «Калита», 2013. 108 с.

#### Семінарське заняття №16

### **СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЮНИМИ МАТЕРЯМИ, ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВІДМОВ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ**

#### **I. Питання для обговорення:**

1. Проблеми відмов від новонароджених в Україні.
2. Причини відмов від новонароджених.
3. Юне материнство як одна з причин відмови від немовляти.
4. Досвід закордонних країн щодо соціально-педагогічної підтримки юного материнства та попередження відмов.
5. Технології соціальної роботи з юними матерями.
6. Діяльність центрів Матері і дитини.

#### **II. Завдання для самостійної індивідуальної роботи:**

Опишіть досвід закордонних країн (країна – на вибір) щодо соціально-педагогічної підтримки юного материнства та попередження відмов від новонароджених.

### ***III. Рекомендована література:***

1. Братусь І.В. Соціальні причини виникнення раннього материнства. *Матеріали міської конференція «Проблеми раннього материнства»*. К.: Молодіжна громадська організація «ЮНЕКО», 2004. С. 3–10.
2. Братусь І.В. Соціально-педагогічна робота з юними матерями у США та Великій Британії : дис... канд. пед. наук: 13.00.05. Луган. нац. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ. 2007. 229 с.
3. Братусь І.В. Форми і методи соціально-педагогічної роботи з юними матерями. *Соціальна педагогіка: теорія та технологія: Підручник / За заг. ред. І.Д. Зверєвої*. К.: Центр навчальної літератури, 2006. С. 225–236.
4. Брюхина Е. В. Беременность и роды у девушек-подростков. Предупреждения осложнений, реабилитации. Челябинск, 1996. 266 с.
5. Гуревич М. А. Несовершеннолетние мамы – причины и последствия. *Челябинский гуманитарий*. 2010. № 1(10). С. 133–139.
6. Завацька Л. М. Технології професійної діяльності соціального педагога : навч. посіб. для ВНЗ. Видавничий Дім «Слово». 2008. 240 с.
7. Лякішева А. Соціально-педагогічна підтримка дитинства й материнства у незалежній Україні. *Вища школа*. 2018. № 7–8. С. 50–60.
8. Стинська В. Центри соціальної підтримки материнства й дитинства в Україні: сучасні виклики суспільства (на прикладі Івано-Франківської області). *Обрії*. Івано-Франківськ, 2017. № 2 (45). С. 126–130.

## **6. САМОСТІЙНА РОБОТА**

### **6.1 Завдання для самостійної роботи**

**Завдання 1.1.** Опрацюйте та дайте короткий реферативний огляд вказаних документів.

#### ***Закони України:***

1. Про соціальні послуги: Закон України від 19.06.2003 р. №966-IV (із наступними змінами).
2. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: Закон України від 21 червня 2001 року №2558-III (із наступними змінами).
3. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25.03.92 № 2233-XII (із наступними змінами).
4. Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям: Закон України від 1 червня 2000 року № 1768-III (із наступними змінами).
5. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21 березня 1991 року № 875-XII (із наступними змінами).
6. Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні: Закон України від 16 грудня 1993 року №3721-XII (із наступними змінами).
7. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛом: Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972-XII (із наступними змінами).
8. Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей: Закон України від 2 червня 2005 року № 2623-IV (із наступними змінами).
9. Про попередження насильства в сім'ї: Закон України від 15 листопада 2001 № 2789-III (із наступними змінами).
10. Про протидію торгівлі людьми: Закон України від 20 вересня 2011 року № 3739-VI (із наступними змінами).
11. Про зайнятість населення: Закон України від 1 березня 1991 року №803-XII (із наступними змінами).
12. Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк: Закон України від 17 березня 2011 року № 3160-VI (із наступними змінами).

#### ***Постанови Кабінету Міністрів України:***

1. Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб). Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013р. №896 (із наступними змінами).
2. Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям. Постанова від 24 лютого 2003р. № 250.

### ***Укази Президента України:***

Про додаткові заходи щодо державної підтримки сім'ї, охорони материнства, батьківства та дитинства. Указ Президента України від 11 травня 2019 року № 214/2019.

### ***Накази міністерств:***

1. Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України: затверджений наказом Міністерства України у справах молоді та спорту від 09.09.2005 р. № 1965.

2. Про затвердження переліку послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати: Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012. №537 (із наступними змінами).

3. Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальної послуги паліативного догляду вдома невиліковно хворим. Наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 № 317/353.

### **Завдання 1.2.**

1. Проаналізуйте сучасні тенденції соціальної роботи з особливими групами клієнтів у різних країнах світу.

2. Дайте оцінку сучасним теоріям та практикам запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів.

3. Складіть перелік нормативно-правового забезпечення мало-забезпечених груп населення.

4. Схематично зобразіть законодавство з соціального захисту інвалідів.

5. Опрацюйте конвенцію ООН про права дитини, яка вживає спиртні напої.

6. Опрацюйте загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (2019–2023 роки).

7. Складіть перелік лікувальних закладів та неурядових організацій, що працюють у сфері ВІЛу, та послуг, які вони надають.

8. Опишіть діяльність одного з територіальних центрів обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян й відділень соціальної допомоги вдома (на вибір).

9. Окресліть систему допомоги та підтримки людям без визначеного місця проживання в Україні.

10. Опишіть діяльність благодійних фондів допомоги невиліковно хворим (на вибір).

11. Опишіть досвід закордонних країн (країна – на вибір) щодо соціально-педагогічної підтримки юного материнства та попередження відмов від новонароджених.

12. Опишіть соціально-психологічний портрет потерпілих від торгівлі людьми.

**Завдання 1.3.** Підготуйте наукові повідомлення за наступними темами:

1. Основні проблеми військових та їхніх сімей.
2. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.
3. Реалізація соціальних заходів для осіб з обмеженими функціональними можливостями на різноманітних рівнях.
4. Державна політика щодо покращення становища жінок і дітей в Україні.
5. Юне материнство як одна з причин відмови від немовлят.
6. Розвиток системи паліативної і хоспісної допомоги»: українські реалії.
7. Технології працевлаштування громадян у центрах зайнятості.

**Завдання 1.4.** Заповніть таблицю відповідно до визначених граф

Група клієнтів	Основні проблеми вказаної групи клієнтів	Основні завдання СР з вказаної групи клієнтів	Організації, що реалізують СР з вказаною групою клієнтів
Призовна молодь, військовослужбовці та члени їхніх сімей			
Малозабезпечені групи населення			
Особи з обмеженими можливостями			
Особи похилого віку			
Особи з алкогольною залежністю			
Особи з наркотичною залежністю			
Особи, що займаються секс-бізнесом			
ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД			
Особи без визначеного місця проживання			
Безробітні особи			
Клієнти, які зазнали насилля в сім'ї			
Жертви «торгівлі людьми»			

## **7. ІНДИВІДУАЛЬНЕ НАВЧАЛЬНО-ДОСЛІДНЕ ЗАВДАННЯ**

*Індивідуальна навчально-дослідна робота* є видом позааудиторної індивідуальної діяльності студента, результати якої використовуються у процесі вивчення програмового матеріалу навчальної дисципліни. Завершується виконання студентами ІНЗД прилюдним захистом навчального проекту.

*Індивідуальне навчально-дослідне завдання (ІНЗ)* з курсу «Соціальна робота з різними групами клієнтів» – це вид науково-дослідної роботи студента, що містить результати дослідницького пошуку, відображає певний рівень його навчальної компетентності.

**Мета ІНЗ:** самостійне вивчення частини програмового матеріалу, систематизація, узагальнення, закріплення та практичне застосування знань із навчального курсу, удосконалення навичок самостійної навчально-пізнавальної діяльності.

**Зміст ІНЗ:** завершена теоретична або практична робота у межах навчальної програми курсу, яка виконується на основі знань, умінь та навичок, отриманих під час лекційних, семінарських, практичних занять і охоплює декілька тем або весь зміст навчального курсу.

### **Орієнтовна структура ІНЗ:**

1. Розробка кейсу (проблемної ситуації), в основу якого буде покладено життєпис за певний обраний проміжок часу представника обраної студентом групи клієнтів.

2. Оцінка потреб клієнта та його ресурсів, за описаним кейсом.

3. Розробка схеми перспективного плану соціальної роботи з клієнтом.

4. Оцінка ризиків у роботі з клієнтом та шляхів їхньої нейтралізації.

### **7.1 Тематика індивідуального навчально-дослідного завдання:**

1. Технологія ведення випадку у роботі з різними категоріями клієнтів (категорія клієнта на вибір).

2. Базові потреби людини, фактори, які впливають на задоволення базових потреб людини.

3. Категорії клієнтів, які потребують комплексної соціальної допомоги.

4. Спеціалізовані центри ресоціалізації та адаптації клієнта, який повернувся з місць позбавлення волі.

5. Реабілітація клієнта з алкогольною або наркотичною залежністю.

6. Соціальна реінтеграція бездомних осіб.

7. Шляхи вдосконалення соціального супроводу ВІЛ-інфікованих осіб.

8. Шляхи вдосконалення соціального супроводу осіб, які зазнали насилля в сім'ї.

9. Шляхи вдосконалення соціального супроводу неповнолітніх матерів, які мають намір відмовитися від новонародженої дитини.

## 8. ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Клієнт – це:

- а) особа, яка особисто звернулася до соціальної служби чи спеціаліста і користується їхніми послугами для розв'язання певних проблем;
- б) суб'єкт, який перебуває у стані постійної тривоги через невідповідність між бажанням бути собою і страхом бути самим собою;
- в) будь-яка людина, що потребує поради та має нереалізовані потреби матеріального чи емоційного характеру;
- г) об'єкт, який потребує соціальної допомоги.

2. Об'єкти соціальної роботи – це:

- а) держава;
- б) дитячі будинки;
- в) усі відповіді правильні;
- г) люди.

3. Суб'єкти соціальної роботи – це:

- а) люди;
- б) центри соціальних служб для дітей та молоді;
- в) діти;
- г) правильної відповіді немає.

4. Залежно від характеру та напрямку діяльності можна виділити такі типи спеціалістів соціальної роботи:

- а) соціальний працівник, консультант, психолог і експерт з соціальної політики, соціальний працівник, розробник документів для прийняття проблемних рішень владою та ін.;
- б) соціолог, експерт;
- в) консультант, психолог, соціолог, експерт;
- г) соціальний педагог, консультант, психолог.

5. Професійна підготовка соціального працівника, яка передбачає роботу, з різними групами клієнтів, може бути орієнтована на такі види діяльності:

- а) діагностична, прогностична, правозахисна, менеджерська, попереджувальна, профілактична, соціально-медична;
- б) терапевтична, прогностична, корекційна;
- в) діагностична, психологічна, корекційна;
- г) менеджерська, терапевтична, комунікативна.

6. Клієнтами американських соціальних працівників на початку XX століття були:

- а) наркомани;
- б) емігранти;
- в) безпритульні;
- г) алкоголіки.



7. Процес подолання складних життєвих обставин включає такі стадії:

- а) підготовча, основна, заключна;
- б) запобіжна стадія, безпосереднє подолання проблеми, відновлювальна стадія;
- в) запобіжна стадія, основна, заключна;
- г) усі відповіді правильні.

8. До спеціальних груп клієнтів прийнято відносити:

- а) осіб, які перебувають у складних життєвих ситуаціях, осіб похилого віку, малозабезпечених осіб, безпритульних;
- б) осіб, які займаються комерційним сексом, біженців, безпритульних, безробітних;
- в) хворих на алкоголізм та наркоманію, СНІД, осіб з девіантною, соціально дезадаптованою і кримінальною поведінкою, неповнолітніх правопорушників, засуджених, тих, хто повернувся з місць позбавлення волі;
- г) усі відповіді правильні.

9. Види соціально небезпечних явищ:

- а) проституція, бездомність, алкоголізм;
- б) наркоманія, ВІЛ/СНІД, проституція;
- в) злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД;
- г) усі відповіді правильні.

10. Критеріями злочинності є:

- а) рівень злочинності; коефіцієнти злочинності; динаміка злочинності; географія злочинності; структура злочинності; характер злочинності; «ціна» злочинності; стан злочинності;
- б) система злочинів, структура злочинів;
- в) міська злочинність, сільська злочинність, злочинність регіонів;
- г) жіноча злочинність, чоловіча злочинність, організована та професійна злочинність.

11. Алкоголізм – це:

- а) біопсихосоціальне захворювання, залежність людини від алкоголю, що супроводжується соціальною та моральною деградацією особистості;
- б) хвороба індивіда;
- в) соціальна патологія;
- г) невід’ємний компонент життєдіяльності людини.

12. Алкоголік – це:

- а) людина, яка дотримується питних традицій;
- б) людина, яка під впливом алкоголю забуває про подружні і сімейні негаразди, неприємності;
- в) людина, для якої алкоголь стає невід’ємним компонентом життєдіяльності, як вода та їжа;

г) усі відповіді правильні.

13. Фази алкогольної залежності:

- а) психічна, фізична, хімічна;
- б) початкова, критична, хронічна;
- в) початкова, основна, заключна;
- г) усі відповіді правильні.

14. Наркоманія – це:

- а) психічний, а іноді також фізичний стан, що виникає як наслідок взаємодії між живим організмом і наркотичними засобами;
- б) потреба в постійному або періодичному поновленні прийому наркотиків;
- в) хвороба, яка характеризується особливостями поведінки людини;
- г) усі відповіді правильні.

15. Ознаки наркоманії:

- а) соціальна пасивність, поступова втрата трудових і сімейних функцій, зниження інтелектуального рівня, емоційна глухота, моральна та соціальна деградація;
- б) замкнутість, тривожність, моральна і соціальна деградація;
- в) соціальна пасивність, тривожність, слабкість;
- г) усі відповіді правильні.

16. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції:

- а) повітряно-крапельним шляхом, через кров та її препарати;
- б) через недотримання санітарно-гігієнічних вимог;
- в) при статевому контакті; з кров'ю та її препаратами; через плаценту від вагітної жінки до плоду або під час пологів;
- г) усі відповіді правильні.

17. Дискримінація –

- а) усі відповіді правильні;
- б) надання громадянам й організаціям якоїсь держави менших прав і привілеїв, ніж громадянам та організаціям іншої держави;
- в) пониження прав громадян;
- г) обмеження прав частини населення за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, рід занять тощо).

18. До лав Української Армії в мирний час призиваються громадяни віком:

- а) 18 років;
- б) 20 років;
- в) всі бажаючі;
- г) усі відповіді правильні.

19. Соціальна робота з військовозобов'язаною молоддю реалізується через:

- а) діяльність центрів соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді;
- б) діяльність консультативних пунктів при військових комісаріатах, військових частинах;
- в) діяльність Департаменту соціальної політики;
- г) діяльність Міністерства оборони України.

20. Соціальна робота консультативних пунктів при військових частинах здійснюється за такими напрямками:

- а) професійна адаптація, професійний вибір, військова підготовка;
- б) соціально-психологічна адаптація, соціальна профілактика, соціально-психологічна реабілітація, профілактика негативних явищ, правова освіта;
- в) соціалізація, адаптація, військова підготовка;
- г) усі відповіді правильні.

21. Вивчення особистості військовослужбовця полягає у вивченні якостей особистості:

- а) чесність, справедливість, відповідальність, відданість;
- б) темперамент, характер, здібності;
- в) морально-вольові якості, військово-професійна спрямованість, особливості спілкування і поведінки в колективі;
- г) усі відповіді правильні.

22. Характеристикою матеріального становища населення є:

- а) матеріальна допомога;
- б) субсидія;
- в) грошові виплати;
- г) доходи та забезпеченість майном.

23. Загальні доходи поділяються на:

- а) позики і повернені борги;
- б) грошові та натуральні надходження;
- в) заощадження;
- г) усі відповіді правильні.

24. Показники доходів населення порівнюються зі встановленими в країні стандартами:

- а) прожитковий мінімум, межа малозабезпеченості, розмір доходу, який надає право отримання допомоги;
- б) мінімальна заробітна плата;
- в) матеріальна допомога;
- г) усі відповіді правильні.

25. Рівень забезпечення прожиткового мінімуму (гарантований мінімум) для призначення допомоги, встановлений у відсотковому співвідношенні до прожиткового мінімуму для працездатних осіб:

- а) 50 відсотків;
- б) 85 відсотків;
- в) 21 відсоток;
- г) 100 відсотків.

26. Категорії населення, яким призначається матеріальна допомога?

- а) багатодітні сім'ї;
- б) особи, які опинилися у складних життєвих ситуаціях;
- в) малозабезпечені сім'ї, що постійно проживають на території України, мають середньомісячний сукупний дохід, нижчий від прожиткового мінімуму для сім'ї;
- г) усі відповіді правильні.

27. Особи, які включається до складу сім'ї при визначенні права на допомогу:

- а) чоловік, дружина; рідні, усиновлені та підопічні діти цих осіб віком до 18 років, а також діти, які навчаються за денною формою навчання у професійно-технічних навчальних закладах, ВНЗ I–IV рівнів акредитації до досягнення 23 років і які не мають власних сімей; неодружені повнолітні діти, які визнані інвалідами з дитинства I та II груп або інвалідами I групи та проживають разом з батьками; непрацездатні батьки чоловіка й дружини, які проживають разом з ними і перебувають на їхньому утриманні у зв'язку з відсутністю власних доходів; особа, яка проживає разом з одиноким інвалідом I групи і здійснює догляд за ним; жінка та чоловік, які проживають однією сім'єю, не перебувають у шлюбі, але мають спільних дітей;
- б) чоловік, дружина, їхні батьки, діти, особи, які перебувають на повному державному утриманні;
- в) особи, які перебувають на повному державному утриманні;
- г) усі відповіді правильні.

28. Призначення і виплата соціальної допомоги здійснюється:

- а) центром соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді;
- б) Департаментом соціальної політики;
- в) виконавчими органами міських, сільських і селищних рад;
- г) управлінням праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації уповноваженого представника малозабезпеченої сім'ї.

29. Перелік документів, необхідних для отримання допомоги:

- а) паспортні дані, документ про освіту, довідка про доходи;
- б) медична довідка, довідка про доходи, довідка про освіту;
- в) заява, документ, що посвідчує особу; довідка про склад сім'ї; декларація про доходи та майно осіб, які входять до складу сім'ї; довідка про наявність та розмір земельної частки (паю);

г) усі відповіді правильні

30. Територіальний центр соціального обслуговування здійснює такі види соціальних послуг:

а) соціально-побутові, психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні, інформаційні;

б) медичні, педагогічні, правові, соціальні, телефонні;

в) соціально-побутові, матеріальні, духовні, перукарські, педагогічні, правові;

г) усі відповіді правильні.

31. Інвалід – це:

а) особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідками травми або дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту;

б) обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї та держави на тих самих умовах, що й інші члени суспільства;

в) наслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів;

г) усі відповіді правильні.

32. Види відхилень у здоров'ї:

а) розумові, мовленнєві, психопатії;

б) хронічні соматичні захворювання, інфекційні захворювання, затримка психічного розвитку;

в) ДЦП, сліпота, глухота, розумова відсталість, вроджені вади серця;

г) фізичні, психічні, складні, важкі.

33. Залежності від категорії обслуговуваних стаціонарні установи можна класифікувати наступним чином:

а) стаціонарні установи загального типу, психоневрологічні стаціонарні установи; спеціальні стаціонарні установи;

б) стаціонарні установи для громадян похилого віку й інвалідів;

в) стаціонарні установи, створені для цілодобового отримання стаціонарних послуг на визначений строк, соціальні притулки для неповнолітніх;

г) стаціонарні установи, створені для постійного цілодобового отримання стаціонарних послуг.

34. Соціальний захист осіб з обмеженими фізичними можливостями здійснюється на таких рівнях:

- а) на обласному;
- б) на районному рівні;
- в) на державному рівні;
- г) на обласному та районному рівні.

35. Геронтологія – це:

- а) період вікового індивідуального розвитку (онтогенезу), що настає закономірно;
- б) процес, перебіг якого відбувається в результаті наростаючої з віком дії зовнішніх/внутрішніх факторів, що ушкоджують і призводять до недостатності фізіологічні функції організму;
- в) наука, що вивчає процес старіння людини;
- г) усі відповіді правильні.

36. Періоди геронтогенезу:

- а) похилий вік, старечий вік, вік довгожителства;
- б) немовля, ранній вік, дошкільний вік, молодший шкільний вік, підлітковий, старший, молодість, зрілість, похилий вік;
- в) дошкільний вік, молодший шкільний вік, підлітковий, юнацький, молодість, зрілість, старечий вік;
- г) усі відповіді правильні.

37. Завданнями будинку-інтернату для людей похилого віку є:

- а) створення сприятливих умов життя, наближених до домашніх;
- б) матеріальна підтримка;
- в) матеріально-побутове забезпечення;
- г) соціальне обслуговування.

38. У якому році в США з'явилася Спільнота Анонімних Алкоголіків? Оберіть варіант:

- а) у 1938р.;
- б) у 1945р.;
- в) у 1949р.;
- г) у 1935р.

39. Коли в Україні офіційно визнано день народження Руху анонімних алкоголіків? Оберіть варіант:

- а) 26 лютого 1991 року;
- б) 21 лютого 1989 року;
- в) 5 квітня 1991 року;
- г) 7 червня 1992 року.

40. Залежність поділяють на:

- а) фізичну та психічну;
- б) сексуальну і психологічну;

- в) фізіологічну та комп'ютерну;
- г) усі відповіді правильні.

41. Уперше офіційно СНІД як хворобу було визнано у:

- а) 1981 році;
- б) 1980 році;
- в) 1983 році;
- г) 1990 році.

42. Бездомність – це

- а) відсутність постійного житла в індивідів або сімей, що робить неможливим як ведення осілого способу життя, так і повноцінне соціальне функціонування;
- б) соціальне становище людини, зумовлене відсутністю в неї жилого приміщення (будинку, квартири, кімнати тощо), яке б вона могла використовувати для проживання/перебування і в якому б могла бути зареєстрованою;
- в) соціальна незахищеність малозабезпечених шарів суспільства;
- г) поневіряння осіб без певного місця проживання протягом тривалого часу по території країни або в межах населеного пункту чи міста.

43. Заклади для бездомних осіб і безпритульних дітей – це:

- а) заклади соціального захисту для проживання бездомних осіб, які мають у своєму складі окремі кімнати;
- б) заклади соціального захисту для ночівлі бездомних осіб;
- в) соціальні заклади, діяльність яких спрямована на допомогу бездомним особам і безпритульним дітям, їхню підтримку й реінтеграцію;
- г) заклади соціального захисту, створені для тимчасового перебування бездомних осіб.

44. Закладами соціального захисту для бездомних осіб є:

- а) будинок нічного перебування, центр реінтеграції бездомних осіб, соціальний готель;
- б) будинок нічного перебування, соціальний гуртожиток, центр обліку бездомних осіб, будинок-інтернат;
- в) центр реінтеграції бездомних осіб, соціальний готель, соціальний гуртожиток;
- г) будинок-інтернат, центр реінтеграції бездомних осіб, будинок нічного перебування.

45. Закладами соціального захисту для безпритульних дітей є:

- а) притулок для дітей, соціальний гуртожиток, будинок-інтернат;
- б) соціально-реабілітаційний центр, будинок-інтернат, соціальний гуртожиток

- в) притулок для дітей служби у справах дітей, будинок-інтернат, соціальний гуртожиток;
- г) притулок для дітей служби у справах дітей, центр соціально-психологічної реабілітації дітей, соціально-реабілітаційний центр.

46. Види насильства:

- а) фізичне, сексуальне, психологічне, економічне;
- б) фізичне, сексуальне, моральне, соціальне;
- в) психологічне, моральне, економічне, фізичне;
- г) усі відповіді правильні.

47. Форми запобіжних заходів проти насильства на дітьми:

- а) первинні, вторинні, третинні;
- б) заняття з елементами тренінгу, лекції, семінари;
- в) тренінги, консультації, педагогічний консилиум;
- г) усі відповіді правильні.

48. Проявами фізичного насильства є:

- а) синці, забиті місця, примушування до небажаних статевих стосунків, приниження особистості;
- б) переслідування, залякування, погрози вбити чи скалічити, забиті місця;
- в) сліди укусів, перешкоджання вільному пересуванню, обмеження у самореалізації;
- г) синці, забиті місця, наявність частково залікованих попередніх травм, сліди укусів, перешкоджання вільному пересуванню.

49. Проявами сексуального насильства є:

- а) примушування до небажаних статевих стосунків, приниження особистості, примус до протизаконних дій, торкання до інтимних частин тіла без згоди особи;
- б) зґвалтування, примушування до заняття проституцією, примушування спостерігати за насильством над іншими людьми;
- в) зґвалтування, примушування до небажаних статевих стосунків, торкання до інтимних частин тіла без згоди особи, примушування до заняття проституцією;
- г) усі відповіді правильні.

50. Проявами психологічного насильства є:

- а) ігнорування почуттів особи, переслідування, залякування, погрози вбити, приниження особистості, обмеження у самореалізації;
- б) обмеження у контактах із близькими та друзями, відбирання всіх зароблених грошей, переслідування, сліди укусів, пошкодження;
- в) залякування, погрози вбити чи скалічити, примушування до жебрацтва, псування особистого майна;
- г) усі відповіді правильні.



51. Проявами економічного насильства є:

- а) заборона особі працювати всупереч її бажанню та працездатності, обмеження у контактах із близькими та друзями, примушування до жебрацтва;
- б) позбавлення матеріальних ресурсів для належного фізичного та психологічного добробуту, повна звітність за витрачені гроші, відбирання всіх зароблених грошей, пошкодження, псування особистого майна;
- в) приниження особистості, постійна критика та насмішки, примушування до жебрацтва;
- г) усі відповіді правильні.

52. Причини, що призводять до домашнього насильства:

- а) соціальні, економічні, психологічні, фізичні, матеріальні, гендерні;
- б) соціально-педагогічні, політичні, соціально-медичні, фізіологічні, фізичні;
- в) соціальні, економічні, психологічні, педагогічні, соціально-педагогічні, політичні, соціально-медичні, фізіологічні, медичні;
- г) матеріальні, соціальні, психологічні, історичні, економічні, гендерні.

53. Методами первинної соціальної профілактики насильства є:

- а) інформування, приклад, переконання, навіювання, робота в громаді, мікросередовищі, сім'ї;
- б) інформування, робота в конкретному випадку, рефлексія ситуації та індивідуального розвитку, переконання, навіювання;
- в) переключення і перенавчання, створення виховних ситуацій, показ перспективи, реконструкція характеру, заохочення, інформування, переконання, приклад;
- г) інформування, приклад, переконання, навіювання, включення в різноманітні види діяльності і позитивно соціалізуюче середовище.

54. Основними методами в третинній профілактиці насильства є:

- а) реконструкція характеру, заохочення, інформування, приклад, переконання, навіювання, робота в громаді, мікросередовищі, сім'ї;
- б) робота в конкретному випадку, рефлексія ситуації та індивідуального розвитку, робота в громаді, мікросередовищі, сім'ї, переконання, навіювання;
- в) робота в конкретному випадку, рефлексія ситуації та індивідуального розвитку, переключення і перенавчання, створення виховних ситуацій, показ перспективи, заохочення, інформування, переконання, включення в різноманітні види діяльності і позитивно соціалізуюче середовище;
- г) усі відповіді правильні.

55. Безробіття – це

- а) люди працездатного віку, які не мають роботи;
- б) вимушене й тривале припинення роботи через неможливість знайти робоче місце;
- в) діяльність громадян, яка пов'язана із пошуком роботи;

г) немає правильної відповіді.

56. Безробітні – це

- а) працездатні громадяни працездатного віку (16–55 років для жінок, 16–60 років для чоловіків), які через відсутність роботи не мають заробітку або інших передбачених законодавством доходів і зареєстровані у державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, готові та здатні приступити до підходящої роботи;
- б) особи віком 15–70 років, які не мають роботи;
- в) люди працездатного віку, які не мають роботи;
- г) усі відповіді праильні.

57. Різновиди безробіття:

- а) добровільне, плинне, поточне, соціальне, короткочасне, довготривале;
- б) вимушене, фрикційне, сезонне, циклічне, приховане, часткове, молодіжне;
- в) вимушене, соціальне, поточне, сезонне, короткочасне, довготривале;
- г) усі відповіді правильні.

58. Безробіття поділяють на:

- а) застійне та плинне;
- б) добровільне й недобровільне;
- в) короткотривале та довготривале;
- г) усі відповіді правильні.

59. Людина, яка втратила роботу, проходить \_\_\_\_ стадії емоційного переживання:

- а) 4 стадії;
- б) 3 стадії;
- в) 2 стадії;
- г) немає правильної відповіді.

60. Період часу, упродовж якого людина може знаходитися на стадії суб'єктивного полегшення і психологічної адаптації до ситуації:

- а) два-три місяці;
- б) півроку;
- в) три-чотири місяці;
- г) рік.

61. Стадія емоційного переживання, на якій спостерігається не тільки погіршення фінансового і соціального становища безробітного, а й дефіцит активної поведінки, обмеження кола спілкування, зруйнування життєвих звичок, інтересів, цілей:

- а) емоційний вибух;
- б) суб'єктивне полегшення і психологічна адаптація до ситуації;
- в) безпорадність і примирення з ситуацією;

г) погіршення становища.

62. Державний орган у царині допомоги людям, які втратили роботу:

- а) центр зайнятості;
- б) державна служба зайнятості;
- в) бюро зайнятості;
- г) центр соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді.

63. До складу Державної служби зайнятості входять:

- а) навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, інформаційно-обчислювальні центри, територіальні та спеціалізовані бюро зайнятості, центри реабілітації населення, підприємства, установи й організації, підпорядковані службі зайнятості;
- б) навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, територіальні центри обслуговування громадян, центри реабілітації населення;
- в) навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, управління праці та соціального захисту населення, центри реабілітації населення;
- г) усі відповіді правильні.

64. Сектори, які мають діяти за ЄТОНОм у центрах зайнятості:

- а) інформаційно-консультаційний, довідково-консультаційний, самостійного пошуку вакансій, релаксаційний;
- б) диспетчерсько-консультаційний, самостійного пошуку вакансій, профінформаційний, реєстраційно-приймний, активної підтримки безробітних, взаємодії з роботодавцями, навчання і психологічного розвантаження персоналу, адміністративно-господарський;
- в) диспетчерсько-консультаційний, пошуково-інформаційний, реєстраційний, релаксаційний, адміністративно-господарський;
- г) усі відповіді правильні.

65. Види державної соціальної підтримки сімей з дітьми:

- а) грошова і натуральна допомога, субсидії, матеріальна допомога;
- б) соціальні пенсії, пільги, послуги, субсидії, матеріальна допомога;
- в) грошова і натуральна допомога, соціальні пенсії, пільги, послуги;
- г) усі відповіді правильні.

66. Правове регулювання, призначення і виплати допомог сім'ям з дітьми здійснюються на підставі такого закону:

- а) Закону України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям»;
- б) Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми»;
- в) Закону України «Про соціальні послуги»;
- г) Закону України «Про зайнятість населення».

67. Заклади й установи, які уповноважені проводити соціальну роботу з сім'єю:

- а) управління соціального захисту населення, охорони здоров'я, у справах неповнолітніх, освіти обласних, районних і міських державних адміністрацій, соціальні служби для молоді, спеціалізовані заклади та установи, служби соціальної роботи з сім'єю;
- б) управління соціального захисту населення, департамент соціальної політики, управління у справах неповнолітніх, соціальні служби для молоді, центр зайнятості населення;
- в) консультаційні пункти, громадські приймальні, телефони довіри, служби сім'ї, служби соціально-психологічної допомоги, центр зайнятості населення;
- г) усі відповіді правильні.

68. Основні напрямки соціальної роботи з молоддю сім'єю:

- а) підготовка молоді до сімейного життя, робота з молодими сім'ями зі стабілізації сімейних стосунків, надання матеріальної допомоги сім'ям;
- б) підготовка молоді до сімейного життя, робота з молодими сім'ями зі стабілізації сімейних стосунків, допомога батькам у розв'язанні проблем сімейного виховання, соціально-реабілітаційна робота з сім'єю;
- в) підготовка молоді до сімейного життя, допомога батькам у розв'язанні проблем сімейного виховання, соціальний супровід молоді сім'ї;
- г) усі відповіді правильні.

69. Соціальна робота з сім'єю проводиться за такими напрямками:

- а) освітнім, інформаційним, консультаційним;
- б) освітнім, психологічним, інформаційним;
- в) посередницький, консультаційним, інформаційним;
- г) освітнім, психологічним, посередницьким.

70. Процес пристосування особи до суспільного устрою після виходу з місць позбавлення волі має назву:

- а) адаптація;
- б) ресоціалізація;
- в) пристосування;
- г) виправлення.

71. Структура ресоціалізації:

- а) допенітенціарний, пенітенціарний, пост пенітенціарний період;
- б) винесення вироку, визначення покарання і виявлення ставлення засудженого до нього, який визнає або не визнає вину за скоєний злочин;
- в) адаптація до умов відбування кримінального покарання, виправлення підготовки засуджених до звільнення, звільнення і соціальна адаптація до умов життя на волі;
- г) усі відповіді правильні.

72. Умови і порядок надання всебічної допомоги особам, звільненим із місць позбавлення волі, визначені Законом України

- а) «Про соціальну адаптацію осіб, які відбували покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»;
- б) «Про соціальні послуги»;
- в) «Про зайнятість населення»;
- г) усі відповіді правильні.

73. Допомогу особам, звільненим з місць позбавлення волі, має надавати:

- а) центр соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді;
- б) патронажна служба;
- в) служба у справах неповнолітніх;
- г) соціальна служба.

74. Цілеспрямована діяльність державних та недержавних організацій, соціального працівника (соціального педагога) з питань реалізації соціальної політики щодо осіб, які повернулися із місць позбавлення волі, з метою створення необхідних умов для позитивної соціалізації – це:

- а) пенітенціарний соціальний супровід;
- б) допенітенціарний соціальний супровід;
- в) постпенітенціарний соціальний супровід;
- г) усі відповіді неправильні.

75. Соціальна допомога особам, які повернулися із місць позбавлення волі повинна бути заснованою на:

- а) визначенні мети життя на волі;
- б) оцінці проблем осіб;
- в) адаптації до нових умов життя;
- г) усі відповіді правильні.

76. Види соціальної допомоги особам, звільненим з місць позбавлення волі:

- а) юридична допомога, професійне представництво, самопредставництво;
- б) юридична допомога, соціальна допомога, психологічна допомога;
- в) юридична допомога, професійне представництво, психологічна допомога;
- г) психологічна допомога, соціальна допомога, матеріальна допомога.

77. У вирішенні проблем особи, яка звільнилася з місць позбавлення волі, важливу роль відіграє:

- а) дисциплінарна комісія;
- б) ліквідаційна комісія;
- в) спостережна комісія;
- г) усі відповіді правильні.

78. Спеціалізований заклад, як правило стаціонарного типу, але не виключно медичний, оскільки специфіка його діяльності є багатопрофільною та

потребує залучення лікарів, медсестер, соціальних працівників, психологів, священнослужителів, юристів та інших фахівців – це:

- а) госпіталь;
- б) хоспіс;
- в) лікарня;
- г) центр реабілітації.

79. Паліативна допомога – це:

- а) підхід щодо покращення якості життя пацієнтів і їхніх сімей, які зіштовхуються з проблемами, пов'язаними зі смертельною хворобою;
- б) допомога, яка надається термінальним / інкурабельним пацієнтам та їхнім сім'ям;
- в) допомога термінальним пацієнтам на останній фазі їхнього життя;
- г) напрям соціально-медичної діяльності, метою якого є покращання якості життя хворих, що опинилися у ситуації інкурабельного (невиліковного) захворювання та їхніх сімей.

80. Паліативна допомога в Україні почала розвиватися в:

- а) 1990–х роках;
- б) 2000–х роках;
- в) 2010–х роках;
- г) усі відповіді правильні.

## **9. ПРОГРАМОВІ ВИМОГИ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

1. Соціально-демографічні проблеми суспільства.
2. Соціально-економічна ситуація в Україні.
3. Історичні аспекти становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів.
4. Характеристика категорій клієнтів соціальної роботи.
5. Сучасні тенденції соціальної роботи з особливими групами клієнтів у різних країнах світу.
6. Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема.
7. Види соціально небезпечних явищ: злочинність, алкоголізм, наркоманія, ВІЛ/СНІД.
8. Людина в системі негативних явищ.
9. Соціальна політика щодо спеціальних груп клієнтів.
10. Запобігання стигматизації спеціальних груп клієнтів.
11. Роль субкультурних відмінностей різних груп клієнтів.
12. Соціальна зумовленість роботи з допризовною та призовною молоддю.
13. Організація практичної соціальної роботи з військовозобов'язаними.
14. Основні проблеми військових та їхніх сімей.
15. Технології соціальної роботи з військовослужбовцями (методи та засоби).
16. Показники матеріальної забезпеченості населення.
17. Соціальний захист малозабезпеченого населення.
18. Форми та методи соціальної роботи щодо підвищення життєвого рівня малозабезпечених груп населення.
19. Побутове обслуговування малозабезпечених громадян як складова соціального обслуговування.
20. Поняття «інвалідність» та його види.
21. Соціальний захист інвалідів.
22. Соціальні заклади і стаціонарні установи по роботі з інвалідами.
23. Недержавні організації та установи інвалідів.
24. Напрямки роботи з людьми, які мають фізичні чи психологічні вади.
25. Реалізація соціальних заходів на різноманітних рівнях.
26. Старість і старіння як соціальні феномени.
27. Сутність принципів щодо людей похилого віку (ООН, 1991).
28. Основні завдання соціальної роботи з літніми людьми.
29. Особливості роботи будинків-інтернатів для людей похилого віку.
30. Територіальні центри обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян і відділення соціальної допомоги вдома.
31. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід.
32. Аналіз соціальних проектів із підтримки людей похилого віку та самотніх.

33. Суспільна небезпечність алкоголізації населення, динаміка її розповсюдження.

34. Особливості впливу алкоголізму на процеси соціалізації: зміни поведінки під впливом зловживання алкоголем, формування хвороби.

35. Соціально-психологічні і медико-біологічні показники статусу хворої людини.

36. Підходи до роботи з алкоголіками.

37. Християнські реабілітаційні центри для осіб з алкогольною залежністю.

38. Групи самодопомоги, клубна форма реабілітації у громадських організаціях.

39. Специфіка формування наркотичної хвороби: поняття про психологічну і фізичну залежність.

40. Лікування наркотичної залежності.

41. Етапи реабілітації наркозалежних.

42. Центри та програми реабілітації наркозалежних.

43. Визначення поняття “секс-працівник”. Типи секс-робітниць.

44. Історія виникнення секс-бізнесу.

45. Професія секс-працівниць у зарубіжних країнах.

46. Структура секс-бізнесу.

47. Класифікація повій.

48. Використання аутрич-методу соціальними працівниками у роботі з повіями.

49. Робота із сексуальними меншинами й особами, які займаються проституцією.

50. ВІЛ/СНІД як соціальна проблема.

51. Нормативно-правове забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

52. Системи лікування і підтримки уражених груп.

53. Соціальна робота з вагітними-ВІЛ-інфікованими: умови народження здорової дитини.

54. Закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

55. Категорія громадян, які відносяться до осіб без визначеного місця проживання.

56. Соціальний портрет осіб без визначеного місця проживання.

57. Специфіка роботи з людьми без постійного місця проживання.

58. Діяльність та оцінка можливостей громадських організацій, які працюють з бездомними.

59. Сучасні наукові погляди на деякі проблеми осіб без визначеного місця проживання як соціальні явища.

60. Насильство в сім'ї як соціальна проблема.

61. Загальні підходи і принципи соціальної роботи із клієнтами, які зазнали насильства в сім'ї.

62. Профілактика насилля і теорії подолання наслідків насилля.

63. Організація надання послуг клієнтам, які зазнали насильства в сім'ї.



64. Діяльність соціальних служб у роботі з клієнтами, які зазнали насилля в сім'ї.

65. Безробіття як соціальне явище.

66. Загальні підходи та принципи роботи з безробітними.

67. Методи і технології соціальної роботи з безробітними.

68. Організація надання допомоги безробітним.

69. Соціально-правовий захист сім'ї.

70. Заклади і установи, які уповноважені проводити соціальну роботу з сім'єю.

71. Форми і методи соціальної роботи, соціальні технології, технології соціальної роботи з сім'єю.

72. Соціальна робота з молоддю сім'єю.

73. Соціальна робота з прийомною сім'єю.

74. Мета, завдання і принципи соціальної роботи щодо попередження торгівлі людьми й надання допомоги потерпілим.

75. Соціальна профілактика торгівлі людьми.

76. Соціальна реабілітація потерпілих від торгівлі людьми.

77. Соціально-психологічний портрет потерпілих від торгівлі людьми.

78. Причини і наслідки торгівлі жінками з України.

79. Кризові центри та гарячі лінії для потерпілих від торгівлі людьми.

80. Мета і зміст соціальної роботи з особами, що повернулися з місць позбавлення волі.

81. Роль соціальних служб у ресоціалізації.

82. Характер діяльності соціального працівника щодо колишніх засуджених у відкритому середовищі.

83. Форми й методи соціальної роботи з колишніми засудженими.

84. Проблема встановлення опіки над дітьми-сиротами і дітьми, що залишилися без батьківського піклування.

85. Особливості розвитку системи прийомних сімей в закордонній та вітчизняній практиці.

86. Види сімей: опікунська, тимчасова. Фостерні сім'ї.

87. Соціально-педагогічна модель роботи з прийомними сім'ями: функції, зміст, етапи, методи роботи.

88. Проблема соціального сирітства в Україні.

89. Підходи до класифікацій дітей вулиці.

90. Соціальна робота в приймальнику-розподільнику.

91. Причини та наслідки раннього материнства.

92. Медико-соціальні, психологічні та юридичні аспекти раннього материнства.

93. Соціальна робота з профілактики ранніх шлюбів та раннього материнства.

94. Напрями роботи з вагітними жінками: превентивно-ознайомчий, превентивно-просвітницький, психотерапевтичний, практико-орієнтований.

95. Соціальна робота з вагітними жінками та породіллями.

96. Методи, прийоми і техніки роботи (індивідуальної та групової) з

жінками в період вагітності.

97. Причини, які сприяли виникненню соціально небезпечного стану сім'ї.

98. Наслідки кривдження дітей та нехтування ними в межах сім'ї.

99. Моделі оцінювання аспектів ризику і процесу професійного втручання. Методи оцінювання ризику та потенціалу сім'ї.

100. Соціальна робота з профілактики кривдження й недогляду.

## 10. МЕТОДИ НАВЧАННЯ

I. Методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності:

1) *за джерелом інформації*:

- словесні: пояснення, розповідь, лекція, бесіда;
- наочні: спостереження, ілюстрація, демонстрація;
- практичні: вправи;

2) *за логікою передачі і сприймання навчальної інформації*: індуктивні, дедуктивні, аналітичні, синтетичні;

3) *за ступенем самостійності мислення*: репродуктивні, пошукові, дослідницькі;

4) *за ступенем керування навчальною діяльністю*: під керівництвом викладача, самостійна робота студентів з навчально-методичною літературою, науковою літературою, періодичними виданнями, нормативно-правовими актами в галузі соціального забезпечення.

II. Методи стимулювання інтересу до навчання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності студентів: метод навчальної дискусії, метод опори на життєвий досвід студентів, створення проблемних ситуацій.

III. Методи контролю та самоконтролю у навчанні: метод усного контролю, метод письмового контролю, метод тестового контролю, метод програмового контролю, метод самооцінки.

## 11. МЕТОД ОЦІНЮВАННЯ

Оцінюються навчальні досягнення студентів за допомогою таких видів контролю: поточний контроль (оцінка за участь у практичних заняттях, оцінка за виконання самостійних завдань); модульний контроль; підсумковий контроль (іспит).

## 12. РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ

Поточне тестування та самостійна робота										
Змістовий модуль 1		Змістовий модуль 2				Змістовий модуль 3		ІНДЗ	Контр. робота	Сума
T1	T2	T3	5	T8	5	T12	5	10	20	100
5	5	T4	5	T9	5	T13	5			
		T5	5	T10	5	T14	5			
		T6	5	T11	5					
		T7	5							

### Шкала оцінювання:

90–100 балів – відмінно (А);

80–89 балів – дуже добре (В);

70–79 балів – добре (С);

60–69 балів – задовільно (Д);

50–59 балів – задовільно (Е);

26–49 балів – незадовільно з можливістю повторного складання (FX);

1–25 балів – незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни.

### **Критерії оцінювання навчальних досягнень студентів**

Знання студентів оцінюється як з теоретичної, так і з практичної підготовки за такими критеріями:

– **«відмінно»** – студент міцно засвоїв теоретичний матеріал, глибоко і всебічно знає зміст навчальної дисципліни, основні положення наукових першоджерел та рекомендованої літератури, логічно мислить і будує відповідь, вільно використовує набуті теоретичні знання при аналізі практичного матеріалу, висловлює своє ставлення до тих чи інших проблем, демонструє високий рівень засвоєння практичних навичок;

– **«добре»** – студент добре засвоїв теоретичний матеріал, володіє основними аспектами з першоджерел та рекомендованої літератури, аргументовано викладає його; має практичні навички, висловлює свої міркування з приводу тих чи інших проблем, але припускається певних неточностей і похибок у логіці викладу теоретичного змісту або при аналізі практичного;

– **«задовільно»** – студент в основному опанував теоретичні знання навчальної дисципліни, орієнтується в першоджерелах та рекомендованій літературі, але непереконливо відповідає, плутає поняття, додаткові питання викликають невпевненість або відсутність стабільних знань; відповідаючи на запитання практичного характеру, виявляє неточності у знаннях, не вміє оцінювати факти і явища, пов'язувати їх із майбутньою діяльністю;

– **«незадовільно»** – студент не опанував навчальний матеріал дисципліни, не знає наукових фактів, визначень, майже не орієнтується в першоджерелах та рекомендованій літературі, відсутнє наукове мислення, практичні навички не сформовані.

## ДОДАТКИ

### *Додаток 1*

#### **Карта ведення клієнта**

##### *Орієнтовна схема*

##### **Паспортні дані клієнта:**

1. Стать.
2. Вік.
3. Місце проживання (в разі необхідності).

##### **Соціальна ситуація клієнта:**

1. Соціальний статус.
2. Майновий стан; джерела існування.
3. Родинні зв'язки.
4. Соціокультурні особливості соціального оточення, належність до певної культури та субкультур (етнічна належність, релігійна конфесія, професійна і побутова субкультура тощо).
5. Характеристика соціального оточення (родичі, друзі, співробітники та ін.) і його впливу на клієнта.
6. Побутові умови існування.
7. Зайнятість клієнта: професійна діяльність та її вплив на особистість і спосіб життя клієнта.
8. Інша діяльність клієнта.

##### **Особистість клієнта:**

1. Індивідуальні риси: темперамент, характер, особливості інтелекту й емоційно-вольової сфери, функціональний стан на момент взаємодії.
2. Спрямованість особистості: інтереси, переконання, ціннісні орієнтації, індивідуальна культура.
3. Спосіб життя клієнта: звички, стереотипи поведінки.

##### **Потреби і проблеми клієнта:**

1. На які проблеми скаржиться клієнт?
2. Які проблеми об'єктивно спостерігаються?
3. Із чим клієнт пов'язує їхнє виникнення?
4. Чим вони насправді викликані?
5. Які потреби клієнта не задовольняються?
6. Що заважає клієнту задовольнити їх самостійно?

##### **Напрями і зміст інтервенції:**

1. Яку допомогу хотів би отримати клієнт?
2. Яка допомога необхідна з точки зору соціального працівника?
3. Якими ресурсами володіє клієнт?
4. Якими ресурсами володіє соціальний працівник (агенція)?

**Додаток 2**  
до Державного стандарту  
соціальної послуги консультування  
(пункт 1 розділу III)

**КАРТА**  
**визначення індивідуальних потреб особи в наданні соціальної послуги**  
**консультування**

**Додаток 3**  
до Державного стандарту  
соціальної послуги консультування  
(пункт 2 розділу III)

**АЛФАВІТНА КАРТКА**  
**отримувача соціальної послуги**

**Додаток 4**  
до Державного стандарту  
соціальної послуги консультування  
(пункт 2 розділу III)

**АНКЕТА**  
**(вуличного консультування)**

**Додаток 5**  
до Державного стандарту  
соціальної послуги консультування  
(пункт 2 розділу IV)

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН**  
**надання соціальної послуги консультування**

**Додаток 6**  
до Державного стандарту  
соціальної послуги консультування  
(пункт 2 розділу VIII)

**ОСНОВНІ ЗАХОДИ,  
що становлять зміст соціальної послуги консультування, форми роботи  
та орієнтовний час, необхідний для виконання кожного заходу**

№ з/п	Назва заходу	Форма роботи (І / Гр.)	Орієнтовний час виконання (хв., середній показник)
<b>1</b>	<b>Допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їхнього вирішення</b>		
1.1	Збір та аналіз інформації; ідентифікація проблеми клієнта і подій, які її викликали. Визначення прогнозу перспектив поліпшення стану	І	60 разово
<b>2</b>	<b>Залучення отримувача послуги соціальної адаптації до вирішення власних проблем, складання плану виходу зі складної життєвої ситуації та допомога у його реалізації</b>		
2.1	Вибір шляхів вирішення проблеми, допомога у формуванні позитивної мотивації, вибір доступних і сприятливих можливостей та ресурсів	І	60 за потреби
2.2	Складання плану взаємодії, визначення шляхів його реалізації	І	30 разово
2.3	Корегування плану взаємодії та його реалізації.	І / Гр.	30/60 щокварталу
2.4	Профілактика з питань гігієни психологічного здоров'я, адаптації до зміни соціальної активності	Гр.	60 за потреби
<b>3</b>	<b>Надання інформації щодо суб'єктів, які надають соціальну послугу</b>		
3.1	Сприяння в організації консультування отримувача соціальної послуги з соціально-правових питань, видів соціальної допомоги, питань отримання соціальних послуг, засобів реабілітації, умов їх отримання	І / Гр.	45 за потреби
<b>4</b>	<b>Представлення інтересів</b>		
4.1	Допомога в оформленні документів із соціально-правових питань, питань	І / Гр.	60 за потреби

	отримання комунальних, медичних, соціальних послуг		
4.2	Сприяння у встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами тощо	I / Гр.	90 за потреби
<b>5.</b>	<b>Надання психологічної допомоги</b>		
5.1	Сприяння оптимізації психоемоційного стану, забезпеченню психологічного комфорту у ставленні до самого себе, а також у взаємодіях з іншими людьми і ставленні до світу в цілому	I / Гр.	90 протягом місяця
5.2	Допомога у формуванні позитивної мотивації, підтримка, зняття емоційної блокади	I / Гр.	60 протягом місяця
5.3	Розроблення заходів, спрямованих на самостійне розв'язання повсякденних труднощів і подолання стресових ситуацій	I / Гр.	60 одноразово
5.4	Кризове короткотермінове консультування (застосовується при таких кризових станах: суїцидальний намір, тривожність, ворожість, стрес від повідомлення про ВІЛ-інфікування, переживання втрати, агресія, спрямована на себе чи на інших тощо)	I	60 протягом тижня, за потреби
5.5	Кризове консультування за телефоном, в окремих випадках – за місцем проживання (щодо таких кризових станів, які можуть загрожувати життю, як суїцидальний намір, ворожість, переживання, пов'язані з повідомленням про ВІЛ-інфікування, втратою, агресія, спрямована на себе чи на інших тощо)	I	від 20 за потреби отримувача послуги, одноразово
5.6	Проведення заходів щодо емоційного та психологічного розвантаження	I / Гр.	60 одноразово за потреби
5.7	Навчання прийомам емоційного і психологічного розвантаження, само-регуляції та аутотренінгу	Гр.	60/90 за потреби згідно з графіком
5.8	Допомога в аналізі проблеми, виявленні	I / Гр.	60/150 за



	конфліктогенних зон, знаходження альтернативних шляхів виходу і прийняття рішень, сприяння у самодопомозі		потреби згідно з графіком
5.9	Формування впевненості в собі, самоповаги, навичок спілкування, вирішення конфліктних ситуацій	I / Гр.	60/150 за потреби, згідно з графіком
5.10	Проведення заходів щодо подолання психотравмуючих ситуацій та стресів, інших психологічних проблем	I / Гр.	45/150 за потреби, згідно з графіком
5.11	Допомога у прийнятті свого стану та формуванні активної життєвої позиції, орієнтації на власні збережені можливості й потенціал	I / Гр.	60/150 за потреби, згідно з графіком
5.12	Психологічна підтримка в напрямі конструктивізації процесів старіння, інвалідності	I / Гр.	60/120 за потреби, згідно з графіком
5.13	Психологічна підтримка в напрямі конструктивізації відновлення особистісного статусу	I / Гр.	60/120 за потреби згідно з графіком
5.14	Психологічна допомога (консультування) щодо таких кризових станів: тривожність, сором, провина, ворожість, переживання втрати, страх смерті, депресивність	I / Гр	30/90 за потреби
<b>6</b>	<b>Корегування психологічного стану та поведінки в повсякденному житті</b>		
6.1	Надання консультацій з питань психічного здоров'я	I / Гр.	45 за потреби
6.2	Бесіди, спілкування, мотивація до активності та позитивного мислення, спрямовані на поліпшення відносин і взаємодії із соціальним середовищем	I / Гр.	90 / 150 за потреби
6.3	Допомога в переборюванні страху виявлення власної думки, підвищеної чутливості до критики й оцінок оточення	I / Гр.	90/150 за потреби
6.4	Корекція, спрямована на відновлення та розвиток психічних процесів (пам'яті, уваги, мислення, уяви, сприймання)	I / Гр.	60/150 за потреби
6.5	Сприяння психосоціальній стабілізації,	I / Гр.	60/150 за

	кращому розумінню себе (своїї ситуації та інших), розвитку навичок прийняття і реалізації рішень		потреби
6.6	Соціальна корекція взаємовідносин у конфліктних ситуаціях	I / Гр.	90/150 за потреби
6.7	Корекція соціальних наслідків психологічної проблеми, що виникла внаслідок набуття інвалідності або у зв'язку з похилим віком	I / Гр.	90/150 за потреби
6.8	Психологічна корекція негативних явищ соціального мікросередовища засудженого, усунення труднощів у спілкуванні та міжгрупових взаєминах	I	за потреби
<b>7</b>	<b>Сприяння формуванню та розвитку соціальних навичок, умінь, соціальної компетенції</b>		
7.1	Відновлення вмінь і навичок з орієнтування в домашніх умовах	I / Гр.	60/150 за потреби
7.2	Формування соціальних умінь і навичок з використанням методів поведінкової терапії	Гр.	150 за потреби згідно з графіком
7.3	Розвиток навичок самостійного життя, ведення безпечного способу життя, самообслуговування, самопредставництва, спілкування	Гр.	150 за потреби згідно з графіком
7.4	Формування здорового способу життя та підтримання психічного здоров'я	Гр.	120 за потреби згідно з графіком
7.5	Заходи з опанування продуктивних моделей поведінки при врахуванні цінностей і норм соціального середовища	Гр.	150 за потреби, згідно з графіком
7.6	Формування відповідальності за власну поведінку, навчання продуктивному спілкуванню, яке не принижує інтересів інших, без конфронтації та агресії	I / Гр.	60/150 за потреби
7.7	Сприяння освоєнню соціально необхідних умінь і навичок полегшення комунікації, зняття бар'єрів соціальної ізоляції, продуктивного вирішення питань із соціальним оточенням	I / Гр	60/150 за потреби, згідно з графіком
7.8	Проведення тренінгів, спрямованих на усунення психосоматичних проблем	Гр.	120 за потреби,

			згідно з графіком
7.9	Допомога в прийнятті норм і правил життя на волі, розвиток необхідних соціальних навичок, втрачених під час відбування покарання, формування та розвиток соціальних компетенцій	I / Гр.	60/150 за потреби
<b>8</b>	<b>Участь в організації та діяльності груп самодопомоги</b>		
8.1	Сприяння особистісному зростанню отримувача соціальної послуги консультування шляхом формування розуміння своїх обов'язків у міжгруповій взаємодії, навичок співіснування з іншими членами групи в обставинах, які змінюються, та навичок, необхідних для «вибудовування» психологічної дистанції у груповій взаємодії	Гр.	120 за потреби, згідно з графіком
8.2	Досягнення емоційної стабільності шляхом вивчення групового досвіду	Гр.	120 за потреби, згідно з графіком
8.3	Зміна поведінки, яка ускладнює соціальне функціонування отримувача соціальної послуги консультування, через взаємовідносини в групі та використання механізмів зворотного зв'язку	Гр.	120 за потреби, згідно з графіком
8.4	Полегшення комунікації, зняття бар'єрів соціальної ізоляції, вирішення питань, пов'язаних із соціальним оточенням	Гр.	120/150 за потреби, згідно з графіком
8.5	Адаптування до нової життєвої ситуації через активізацію сильних сторін особистості, самореалізацію в трудовій діяльності чи творчості, розширення світогляду, подолання екзистенційних проблем	Гр.	120/150 за потреби, згідно з графіком
<b>9</b>	<b>Допомога у зміцненні / відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків</b>		
9.1	Відновлення соціальних контактів, особистісного статусу та соціальної ролі в сім'ї, трудовому колективі, референтних групах тощо, втрачених отримувачем послуги соціальної	I / Гр.	60/120 за потреби

	адаптації в результаті складних життєвих обставин		
9.2	Допомога в аналізі проблем сімейного спілкування отримувача соціальної послуги, виявлення конфліктогенних зон, знаходження альтернативних шляхів виходу і прийняття рішень	I / Гр.	60/120 за потреби
9.3	Підтримка близьких родичів отримувача соціальної послуги та його найближчого соціального оточення	I / Гр.	60/150 за потреби
9.4	Корекція сімейної ситуації, розроблення заходів, спрямованих на підтримку сім'ї в різних сферах її життєдіяльності	I / Гр.	60/150 за потреби
9.5	Формування здатності сім'ї самотужки долати свої труднощі	I / Гр.	30/120 за потреби
9.6	Кризове втручання та соціальний супровід сім'ї	I	120 за потреби
9.7	Формування позитивного способу життя через відновлення особистісного статусу, позитивних звичок, навичок, трудової кваліфікації, набутих до позбавлення волі	I / Гр.	90 – 150 за потреби згідно з графіком
9.8	Налагодження та встановлення нових соціальних контактів, формування референтних груп отримувача соціальної послуги	Гр.	120 за потреби
<b>10</b>	<b>Сприяння в отриманні правової допомоги</b>		
<b>11</b>	<b>Сприяння працевлаштуванню</b>		
11.1	Сприяння проведенню експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації	I	45 за потреби
11.2	Сприяння у встановленні зв'язків з фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами, які надають послугу соціального супроводу при працевлаштуванні	I	45 за потреби
<b>12</b>	<b>Сприяння в отриманні інших соціальних послуг і консультацій фахівців відповідно до виявлених потреб</b>		

### Тренінг професійних вмінь і якостей соціального працівника

Тренінг спрямований на формування вмінь встановлювати та підтримувати контакт із клієнтом, вивчати особистість клієнта, його психічний стан, вислуховувати клієнта, вести бесіду, аналізувати проблему (індивідуальний випадок) клієнта, надавати зворотний зв'язок, інтерпретувати й надавати інтерпретацію, планувати роботу з клієнтом, надавати психологічну підтримку, долати конфліктні ситуації у взаємодії з клієнтом, контролювати власну поведінку, аналізувати власний досвід практичної роботи. Відпрацьовуються техніки активного вислуховування, рефлексії, емпатійних висловлювань, відкритих/закритих запитань, перефразування і перевірки правильності розуміння клієнта, підведення підсумків бесіди. У процесі тренінгових вправ розвиваються міжособистісна сенситивність, емпатійність, гуманність, рефлексивність, комунікабельність, уважність, впевненість у собі під час професійного спілкування, професійна тактовність, конгруентність.

#### Прийоми активного вислуховування

**Безмовне слухання** – очікувальна, нахилена до співрозмовника поза, вираз обличчя, що підтримує, кивання головою на знак готовності слухати далі.

**Уточнення** – звертання до співрозмовника з проханням доповнити, роз'яснити щось з того, що він говорив, для того, щоб більш точно зрозуміти його

Жінка: «Останнім часом мій син жахливо поводитьсь».

Консультант: «Поясніть, будь ласка, як Ви розумієте слова «жахливо поводитьсь»».

**Переказ** – виклад своїми словами того, що сказав співрозмовник, на початку бесіди більш повно, далі — виділяючи і зберігаючи те, що здалося слухачеві головним.

Клієнт (жінка 35 років): «Останнім часом мій чоловік дуже часто став повертатися додому чимось дуже схвилюваний. Прийде, сяде в крісло і сидить, нічого не говорить. На питання не відповідає, тільки дивиться на тебе так, начебто навіть і не розуміє, про що ти говориш».

Консультант: «Ви сказали, що Ваш чоловік останнім часом чимось дуже схвилюваний, але на Ваші питання не відповідає, навіть не реагує».

**Подальший розвиток думок клієнта** – промовляння підтексту висловлювання співрозмовника.

Клієнт (мати підлітка): «Мене давно хвилювали його пізні повернення додому. А коли я знайшла в його кишені залишки якоїсь висушеної трави, мені стало взагалі не по собі». Консультант: «Ви злякалися, що це може бути наркотик...» Чи Консультант: «Якщо я Вас правильно зрозумів, Ви підозрюєте, що Ваш син вживає наркотики?»

### ***Приклад використання техніки у комплексі***

**Клієнт (учителька):** «Щось відбулося з цією дитиною. Поводиться якось дивно. Домашні завдання в зошиті виконує, але уголос відповісти нічого не може. А після того, як я розповіла про це його матері, взагалі кілька днів не приходив у школу. Правда, мама зателефонувала і сказала, що він застудився. Але довідки Андрій не приніс, а став ще більш скованим. А коли я на останньому уроці викликала його відповідати, він так на мене подивився, ледве не заплакав».

**Уточнення:** «Що Ви маєте на увазі, коли говорите, що Андрій став дивно поводитися? У чому виявляється його скутість?»

**Переказ:** «Отже, Андрій перестав відповідати усно, а після того, як Ви сповістили про це його батькам, становище ще більш ускладнилось».

**Розвиток думки клієнта:** «Ви хочете сказати, що причина пропуску школи Андрієм – не застуда, і його мати сказала Вам неправду».

### **Техніки активного слухання**

**Техніки інтервенції** – практичні техніки, які мають цілеспрямований вплив на особу (цільову групу) з метою зміни її ставлення до проблеми і подолання суб'єктивних факторів (уявлення, погляди, переконання, мотиви, інтереси, звички, стереотипи поведінки, ціннісні орієнтації), які призводять до проблеми.

Інтервенція має допомогти людині змінити свою поведінку стосовно проблеми – навчитися не створювати чи уникати її.

У центрі уваги інтервенцій, орієнтованих на взаємостосунки, стоять три наступні базисні змінні:

- розуміння за рахунок відчуття або емпатія, на рівні техніки це називається також вербалізацією вмісту емоційного переживання;
- емоційна теплота або безумовне позитивне прийняття і достовірність чи конгруентність (узгодженість інформації, одночасно переданої людиною вербальним/невербальним способом (або різними невербальними способами), а також несуперечність її мовлення, уявлень, переконань між собою; у ширшому сенсі – цілісність, самоузгодженість особистості взагалі).

**Інтервенція** – втручання. Консультант має право робити лише інтервенції, що дозволяють перевірити, чи правильно він зрозумів свого партнера.

Ось приклади таких інтервенцій.

- «Постій, постій... Якщо я тебе правильно зрозумів, ти хочеш сказати, що робота в Умані тобі дуже подобалася і що ти не упевнений, чи можеш сказати те ж саме з приводу своєї роботи в Києві».

- «Ти говориш, що не хочеш переїжджати до тих пір, поки ціни на нерухомість не почнуть знову зростати – але все таки коли-небудь ти хотів би переїхати».

**Техніка конфронтації.** Техніка конфронтації є однією з найскладніших і, в той же час, ефективних технік в консультуванні. Вона використовується в консультуванні на етапах глибинного аналізу проблем і конфліктів клієнта.

Коли клієнт розповідає психологу про свою проблему, він не може подивитися на неї збоку. Оскільки історія клієнта – це ситуація тільки з одного боку, в оповіданні неминуче присутні суперечності в судженнях, висловлюваннях, почуттях людини. Клієнт цього навіть не помічає, тоді завдання консультанта – вказати йому на ці протиріччя. Узагалі, **конфронтація** – це будь-яка реакція психолога, яка суперечить поведінці або судженням клієнта. Консультант вступає з людиною в якесь протистояння, боротьбу з метою вказати йому на всі його хитрощі, виверти і т.п.

Використовуючи ці виверти, клієнт не усвідомлює, що обманює сам себе; це свого роду захист від інформації, яка може свідчити про те, що і він винен у своїй проблемі. Слід зазначити, що конфронтація – це не спосіб пониження клієнта, а техніка, покликана допомогти йому.

*Конфронтація використовується в трьох випадках:*

1. Коли потрібно звернути увагу клієнта на невідповідність його суджень, почуттів, думок його поведінки і намірам.
2. Коли клієнт не може побачити ситуацію об'єктивно через власні забобонів і потреб.
3. Коли клієнт несвідомо ухиляється від обговорення конкретних ситуацій і проблем.

*Ціль конфронтації* – демонстрація клієнту неприйнятності подвійності його поведінки, захисних механізмів й інших суперечливих фактів і феноменів, які можуть заважати нормальній адаптації особистості.

*Техніка може використовуватися під час консультування в таких випадках:*

- коли існують протиріччя в поведінці клієнта;
- коли відбувається суперечливість думок і почуттів клієнта;
- прагнення допомогти клієнту побачити протиріччя, яке він не усвідомлює;
- протиріччя у ситуації.

*Правила застосування техніки конфронтації:*

- конфронтацію не можна застосовувати на ранніх етапах консультування, тому що рівень довіри між клієнтом та консультантом не достатньо сформований;
- конфронтація застосовується тільки тоді, коли клієнт упевнений у тому, що консультант піклується про нього й розуміє його;
- консультант повинен розуміти доцільність і своєчасність використання конфронтації, а також усвідомлювати мотиви його застосування: не можна використовувати конфронтацію для «покарання» клієнта або виражати ворожість до нього;
- не можна використовувати конфронтацію занадто часто, тому що це може підірвати довіру клієнта та зруйнувати терапевтичний контакт.

**Резюмування** – підбиття підсумку значної частини розповіді або всієї розмови в цілому. Основне правило формулювання – простота і зрозумілість.

Вступними фразами техніки резюмування можуть бути: «Підсумком сказаного Вами ...», «Таким чином, головне ...», «Отже, Ви пропонуєте ...», «Ваша основна ідея, як я зрозумів, у тому, що ...», «Я отримав від Вас чимало інформації, але хочу пересвідчитися, що зрозумів Вас правильно. Якщо я припускаю неточностей чи помилок, виправте мене, будь ласка. Отже, Ви сказали, що...», «З Вашої розповіді я зробив такі висновки ...».

Резюмування може виявитися ефективним у випадках, коли клієнт «ходить по колу», повертається до вже сказаного. Така поведінка клієнта часто пов'язано з тим, що він побоюється, що його не зрозуміли або зрозуміли неправильно. Формулюючи точне резюме, ви показуєте, як ви зрозуміли вже почуту частину історії співрозмовника, і тим самим «підводите ризику».

При резюмуванні з цілої частини розмови виділяється основна частина.

*Правила резюмування:*

- 1) говорити лаконічно і зрозуміло;
- 2) включати в резюме слова й вислови клієнта;
- 3) не давати оцінку сказаного клієнтом;
- 4) уникати порад, настановлень;
- 5) повідомляти клієнту мету резюме.

«Зондування» і ставлення питань – це прийоми, які сприяють тому, щоб людина почала розвивати потрібну тему або розповіла про щось детальніше.

Приклади використання «зондування» можуть бути наступними:

- «Що сталося після того, як Ви це зробили?» , «Чи вийшло все так, як Ви чекали?»;
- «У Вашому голосі чується тривога... що сталося?»;
- «Сподобалося Вам це?», «Виправдали себе Ваші очікування?».

Консультант повинен спробувати якомога точніше підсумувати все сказане клієнтом.

**«Підсумовування» може бути зроблене, наприклад, у такому вигляді:**

«Ви сказали про те, що удома у вас виникали деякі складнощі. Ви розповіли про проблеми, що виникли, коли ви стали займатися «обробкою» будинку перед настанням зими. Далі ви описали складнощі, з якими зіткнувся ваш син, займаючись покупкою машини. І закінчили словами про те, що, не дивлячись на всі проблеми, що виникали у вас цього року, зараз ви раді від того, що в новому році повинні статися певні зміни – як на роботі, так і удома».

У консультуванні нерідко виникає ситуація неефективного пошуку вирішення проблеми у зв'язку з недостатньо чітким її визначенням і формулюванням.

**Стратегії «прояснення проблем»:**

- «консультант» надає «клієнтові» підтримку, необхідну для того, щоб він у загальних рисах описав «проблемну сферу».
- далі «консультант» пропонує «клієнтові» підсумувати все сказане й одним реченням викласти всю проблему;



- надання клієнтові допомоги, необхідної для того, щоб він намітив цілі на майбутнє;
- спільне з клієнтами обговорення стратегій вирішення проблем;
- оцінка ефективності використання стратегії вирішення проблеми;
- потім «консультант» запитує, чи є у «клієнта» які-небудь суміжні проблеми.

### **Тренінг навичок індивідуальної соціальної роботи з клієнтом**

Самооцінка вмінь та навичок консультанта. Встановлення та підтримка контакту з клієнтом під час індивідуального інтерв'ю. Сприйняття й оцінювання емоційного стану клієнта під час індивідуального інтерв'ю. Застосування технік і прийомів активного вислуховування під час індивідуального інтерв'ю. Застосування технік розпитування під час індивідуального інтерв'ю клієнта. Вивчення індивідуального випадку клієнта і планування індивідуальної соціальної роботи. Застосування технік та прийомів втручання під час індивідуальної роботи з клієнтом. Відпрацювання навичок індивідуального консультативного інтерв'ю в цілому за умов тренінгу. Аналіз отриманого в ході тренінгу досвіду роботи з клієнтом.

### **Як провести інтерв'ю**

#### ***Запитання для інтерв'ю:***

1. Не задавайте питань, відповідь на які можна знайти будь-де.
2. Не починайте інтерв'ю фразою «розкажіть кілька слів про себе». «Кілька слів про себе» виглядає так, ніби ви взагалі не маєте поняття, з ким розмовляєте.
3. Запитання має бути чітко сформульоване, щоб було зрозуміло, яку відповідь ви хочете почути. Не можна в одному запитанні задавати відразу кілька: «Що ви думаєте про те? Хіба це не суперечить тому? Що б ви порадили в цій ситуації?»
4. Намагайтеся не задавати запитань, відповідь на яке можна дати «так» або «ні». Якщо співрозмовник не говіркий, і на все відповідає одним словом, намагайтеся отримати ширшу відповідь додатковими питаннями, на зразок «тобто ви мали на увазі...», «ви вважаєте...», «ви хочете сказати...».
5. Перед інтерв'ю вивчіть усю можливу інформацію про клієнта.
6. Перед інтерв'ю напишіть собі запитання, на які хочете отримати відповідь. Саме запишіть! Тому що клієнт може вас заговорити і ви просто забудете. Під час розмови деякі запитання можуть автоматично відпадати самі. Інколи клієнт може повести розмову у зовсім інший бік, тому записані питання допоможуть вам повернутися до теми.
7. Будьте уважні до того, що відповідає клієнт, під час розмови можуть виявитися якісь цікаві деталі, не бійтеся, задавайте додаткові запитання на тему, що вас зацікавила. Ведіть із клієнтом діалог, а не бліц-опитування, клієнт може розповісти те, на що ви не очікували.
8. Маючи можливість вибору місця, обирайте для клієнта місце, де людині буде легше розкритися.

9. Зустрівшись із клієнтом, невідразу починайте опитування, розслабте його, поговоріть трішки про загальні речі: погоду, заклад, де він (вона) перебуває, зробіть легкий комплімент людині, тільки коли це є доречним.

10. Не відповідайте клієнту постійно на його відповідь словом «зрозуміло». Коли клієнт багато говорить, то коректно переривайте його словами «дякую, саме це мене цікавило». Контролюйте розмову, не давайте клієнтові завести вас у інший бік.

11. Редагуючи письмове інтерв'ю, зверніть увагу, щоб перші слова запитань або запитальні слова не повторювалися: «що скажете...», «що думаєте» або «які любляете...», «які не подобаються» і т.д.

12. Перепитайте у клієнта, чи правильно ви записали прізвище, дати, власні назви.

13. Подякуйте клієнту за інтерв'ю і завершіть його на легкій ноті.

### **Закриті та відкриті питання**

**Відкриті питання** – це ті питання, на які не можна дати відповідь «так» чи «ні». Також це питання, на які, як правило, не можна відповісти одним словом. Відкриті питання звичайно починаються зі слів: «Як?», «Коли?», «Чому?», «Що?», «Хто?». Наприклад: «Як Ви себе відчули, коли це трапилося?», «Що Ви відчуваєте з приводу свого знаходження в цій групі?», «Що Ви думаєте з приводу останнього розпорядження керівництва?».

**Закриті питання** – це питання, задаючи які, ми очікуємо почути «так», «ні» чи будь-яку іншу однозначну конкретну відповідь. Наприклад: «Ким ви працюєте?», «Як довго Ви працюєте в цій компанії?», «Вам подобається ваша робота?».

### **Контрольні питання для оцінювання тренінгу**

1. Які теми були корисними, цікавими для Вас під час тренінгу, а які – ні?
2. Які види роботи, методи, що використовувалися під час тренінгу, були для Вас більш корисні, а які – менш? Коли Ви почували себе комфортно, а коли відчували дискомфорт?
3. Що було для Вас зручно в стилі проведення тренінгу, а що – ні?
4. Чому Ви навчилися під час тренінгу?
5. Оцініть Ваш особистий внесок у навчання інших учасників тренінгу.
6. Що Ви візьмете із цього семінару?
7. Які кроки Ви повинні будете зробити далі для свого становлення як професіонала?

## КОРОТКИЙ ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

**Активність особистості** – здатність робити суспільно значимі перетворення у світі на базі засвоєння багатств матеріальної і духовної культури.

**Активність соціальна** – поведінка соціальних суб'єктів, що відтворює або змінює умови їхньої життєдіяльності й розвиває їхню суспільну культуру. Виділяють три види соціальної активності: трудову, суспільно-політичну й у сфері культури та побуту.

**Антисоціальна поведінка** – поведінка, спрямована проти інтересів суспільства в цілому, окремих його ланок, конкретних людей.

**Асоціальна поведінка** – недотримання моральних норм і норм суспільства.

**Безробіття** (незайнятість) – відсутність роботи для працездатних громадян працездатного віку. Виділяють три основні форми безробіття: сезонне, приховане, структурне.

**Бідність** – показник доходу сім'ї (або окремо проживаючої людини) відповідно до числа її членів, віку її голови і кількості дітей до 18 років. Відповідає мінімальному рівню споживання.

**Волонтер** – фізична особа, яка добровільно здійснює благодійну, неприбуткову і вмотивовану діяльність, що має суспільно корисний характер.

**Гарантії соціальні** (від фр. *garantie* – забезпечення) – сукупність матеріальних та юридичних засобів, що забезпечують реалізацію конституційних соціально-економічних прав членів суспільства, можливість здійснення соціальних статусів, ролей людей і груп. У гарантіях соціальних мають потребу всі члени суспільства, але особливо діти, інваліди, літні люди. Для них першочергове значення мають різні допомоги, пільги, привілеї.

**Громада** – об'єднання людей, пов'язаних спільними інтересами; наприклад, сімейна, сільська, релігійна тощо.

**Громадські організації** – добровільні об'єднання громадян, що сприяють розвитку їхньої політичної, соціальної, трудової активності та самодіяльності, задоволенню і захисту їхніх різнобічних інтересів та запитів, діють відповідно до завдань і цілей, закріплених у їхніх статутах.

**Громадянське суспільство** – суспільство з розвинутими економічними, політичними, духовними та іншими відносинами й зв'язками, яке взаємодіє з державою і функціонує на засадах демократії та права.

**Громадянськість** – сума певних соціальних, політичних, морально-психологічних якостей людини, які формуються протягом всього життя людини, але особливо інтенсивно – у юнацькому та молодіжному віці; усвідомлення кожним громадянином своїх прав і обов'язків щодо держави, суспільства; почуття відповідальності за їхнє становище.

**Декларація** – офіційна заява з приводу чогось, урочисте проголошення урядом, партією, з'їздом та ін. яких-небудь принципів, положень, а також документ, у якому вони викладені.

**Демографічна політика** – сфера діяльності держави, спрямована на регулювання структури, розміщення, переміщення і динаміки народонаселення.

**Держава** – поняття політико-юридичне; ланка політичної системи суспільства, що має владні функції і становить собою сукупність взаємопов'язаних закладів й організацій, що здійснюють керування суспільством. Державу можна розглядати як чинник стихійної соціалізації.

**Державна молодіжна політика** – системна діяльність держави щодо конкретної особистості, молоді, молодіжного руху, що здійснюється в законодавчій, виконавчій, судовій сферах.

**Державна служба зайнятості** – створена для реалізації державної політики зайнятості населення, професійної орієнтації, підготовки, перепідготовки, працевлаштування та соціальної підтримки тимчасово не працюючих громадян. Здійснюється під керівництвом Міністерства праці та соціальної політики України, місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування відповідно до Закону України «Про зайнятість населення».

**Державні соціальні стандарти** – встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами соціальні норми і нормативи, на основі яких визначають рівні основних державних соціальних гарантій.

**Дискримінація** (від лат. – розрізнення) – пониження прав якоїсь групи громадян у силу їхньої національності, раси, статі, віросповідання тощо. У галузі міжнародних відносин – надання громадянам й організаціям якоїсь держави менших прав і привілеїв, ніж громадянам та організаціям іншої держави.

**Дитячий будинок сімейного типу** – інноваційна форма державної опіки дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; окрема сім'я, що створюється за бажанням родини або окремої особи, яка не перебуває в шлюбі, що бере на виховання і загальне проживання 5–10 дітей (дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування).

**Дитячий Фонд Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ)** – єдине агентство Організації Об'єднаних Націй, діяльність якого спрямована виключно на забезпечення інтересів дітей. Створений у 1946 р.

**Дитячі громадські організації** – об'єднання громадян віком від 6 до 18 років, метою яких є здійснення діяльності, спрямованої на реалізацію та захист своїх прав і свобод, творчих здібностей, задоволення власних інтересів, які не суперечать законодавству, та соціальне становлення як повноправних членів суспільства (Закон України „Про молодіжні та дитячі громадські організації, 1 грудня 1998 р.).

**Добробут** – забезпеченість населення необхідними матеріальними і духовними благами, тобто предметами, послугами й умовами, які задовольняють певні людські потреби. Зростання добробуту – мета будь-якого цивілізованого суспільства, суспільства соціального захисту. Добробут виявляється системою показників, які характеризують рівень життя.

**Допомога у працевлаштуванні** – система заходів, спрямованих на допомогу молоді в отриманні роботи. Соціальні служби для молоді разом із центрами зайнятості або за їхньою ліцензією можуть проводити роботу з працевлаштування молоді, залучаючи до цього молодіжні фонди, біржі праці та організовуючи відділи з працевлаштування.

**Духовні цінності** – витвори людського духу, зафіксовані у здобутках науки, мистецтва, моралі, культури.

**Духовність** – специфічна якість людини, яка формується у процесі усвідомлення та сприйняття певних суспільних норм та цінностей. У сумі вони складають духовний світ людини (особистості), забезпечуючи соціально-психологічний бік її здоров'я, культурні й естетичні потреби. Завдання державної молодіжної політики – 1) вивчення становища молоді, створення необхідних умов для зміцнення правових та матеріальних гарантій щодо здійснення прав і свобод молодих громадян, діяльності молодіжних організацій з метою повноцінного соціального становлення та розвитку молоді; 2) допомога молодим людям у реалізації і самореалізації їхніх творчих можливостей та ініціатив; 3) залучення юнаків і дівчат до активної участі у національно-культурному відродженні українського народу, формуванні його свідомості, розвитку традицій і національно-етнічних особливостей.

**Закон** – встановлене найвищим органом державної влади загальнообов'язкове правило, яке має найвищу юридичну силу.

**Законодавство** – сукупність діючих законів держави в цілому або в будь-якій галузі права.

**Здоров'я** – повне фізичне, духовне й соціальне благополуччя.

**Клієнт** – фізична особа, яка не може самостійно подолати свої проблеми, вийти зі складних життєвих обставин, реалізувати свої потреби та здібності, а тому потребує допомоги від соціальних служб і працівників.

**Ідея прав людини** – невід'ємна складова громадянського суспільства.

**Інститути соціалізації** – стійкі форми організації життєдіяльності людей, що закріплюють, регламентують та транслиують норми, цінності та зразки поведінки для виконання тих або інших соціальних ролей (державна, церква, політичні партії, сім'я, заклади освіти й виховання, різні об'єднання, союзи і т.д.).

**Кодекс** – систематизований єдиний законодавчий акт, що регулює будь-яку окрему галузь суспільних відносин.

**Колізійне право** – норми міжнародного приватного права, які вказують, законодавство якої держави повинно бути застосоване до цього правовідношення.

**Конвенція** – договір, угода між державами з якого-небудь спеціального питання.

**Концепція** – певний спосіб розуміння, трактування яких-небудь явищ, основна точка зору, певна ідея для їхнього висвітлення; головний задум, конструктивний принцип різноманітних видів діяльності.

**Мета державної молодіжної політики** – створення соціально-економічних, політичних, організаційних, правових умов та гарантій для життєвого самовизначення, інтелектуального, морального, фізичного розвитку молоді, реалізації її творчого потенціалу як у власних інтересах, так і в інтересах України.

**Молодіжна інфраструктура** – сукупність організаційно-виконавчих органів та організацій, закладів і установ, функції яких направлені на забезпечення конкретних потреб молоді, стосуються вирішення її проблем. До молодіжної інфраструктури відносяться заклади за місцем проживання, позашкільні заклади, установи та заклади з організації дозвілля, заклади з надання різноманітних соціальних послуг і необхідної допомоги молоді, молодіжні фонди, біржі та ін.

**Молодіжна субкультура** – система цінностей, установок, моделей поведінки, життєвого стилю певної соціальної групи (молоді), яка є цілісним утворенням у межах домінантної культури.

**Молодіжний рух** – невід’ємний атрибут політичної системи суспільства, який формується та розвивається під дією об’єктивних обставин, соціально-економічних, політичних, духовних процесів, традицій, культури певного народу, нації, спільності.

**Молодіжні громадські організації** – об’єднання громадян віком від 14 до 35 років, метою яких є здійснення діяльності, спрямованої на задоволення і захист своїх законних соціальних, економічних, творчих, духовних та інших спільних інтересів (Закон України «Про молодіжні та дитячі громадські організації», 1 грудня 1998 р.).

**Молодь** – окрема (відносно велика) соціально-демографічна група, яка вирізняється за сукупністю вікових характеристик, особливостей соціального становища й обумовлених тим та іншим соціально-психологічних якостей, що визначаються суспільним ладом, культурою, закономірностями соціалізації, вихованням в умовах певного суспільства. Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» (5 лютого 1993 р.) з березня 2004 р. визначає молодь як групу населення віком від 14 до 35 років.

**Моніторинг** – спостереження, оцінка і прогноз становища оточуючого середовища у зв’язку з певним видом діяльності людини; контроль із періодичним спостереженням за об’єктом М. й обов’язкового зворотного зв’язку.

**Мораль** – моральність, особлива форма суспільної свідомості і вид суспільних відносин; один з основних засобів регуляції дій людини в суспільстві за допомогою норм.

**Моральний кодекс** – сукупність моральних норм, які регулюють поведінку людей у певній сфері діяльності, суспільного життя.

**Національне виховання** – історично зумовлена і створена самим народом сукупність ідеалів, поглядів, переконань, традицій, звичаїв та інших форм соціальної практики, спрямованих на організацію життєдіяльності підростаючих поколінь, у процесі якої засвоюється духовна/матеріальна

культура нації, формується національна свідомість і досягається духовна єдність поколінь; виховання підростаючих поколінь у душі українського виховного ідеалу на багатовікових традиціях.

**Неформальний молодіжний рух** – система молодіжних субкультур і широкої неорганізованої молодіжної активності в їхньому взаємозв'язку між собою та суспільством.

**Норма** – зазначене установлення, визнаний обов'язком порядок, устрій чого-небудь.

**Організація Об'єднаних Націй (ООН)** – міжнародна організація держав, заснована 26 червня 1945 р. на конференції у Сан-Франциско на підставі Хартії Об'єднаних Націй. Створена з метою підтримки і зміцнення миру, безпеки й розвитку співробітництва між державами.

**Головні органи ООН:** Генеральна Асамблея ООН, Рада Безпеки, Економічна й Соціальна Рада, Рада з опіки, Міжнародний суд і Секретаріат, Штаб-квартира в Нью-Йорку.

**Партія політична** – об'єднання громадян-прихильників певної загальнонаціональної програми суспільного розвитку, які мають головною метою участь у виробленні державної політики, формуванні органів влади, місцевого та регіонального самоврядування і представництво в їхньому складі.

**Патріотизм** (від грецького «співвітчизник», «вітчизна») – одне з найглибших громадянських почуттів, змістом якого є любов до Батьківщини, відданість своєму народові, гордість за його минуле та сучасність, надбання національної культури, усвідомлене бажання при необхідності його захищати.

**Позашкільні навчально-виховні заклади** – заклади освіти, які дають змогу дітям виявляти свої творчі здібності, одержувати додаткову освіту, підвищувати можливості у професійному становленні та забезпечують соціальний захист.

**Постанова** – розпорядження, акт органів державної влади.

**Права людини** – соціальні можливості особистості в економічній, політичній, культурній та іншій сферах, що їх зобов'язана гарантувати держава.

**Правова культура** – ставлення людей до права і правової системи, їхні переконання, цінності, ідеали, що спонукають їх регулювати свої дії відповідно до чинних законів.

**Правова свідомість** – розуміння, усвідомлення собою своїх прав, обов'язків, відповідальності своєї і сторонніх осіб за їхнє порушення.

**Правопорушення** – порушення адміністративних та правових норм, які проявляються через дрібні крадіжки, здирництво, викрадення автотранспортних засобів, хуліганство.

**Практика соціальної роботи** – діяльність соціальних служб та працівників з визначення потреб клієнтів, узгодження плану спільних дій, надання необхідних послуг і консультування, розвитку їхньої самостійності тощо.

**Працівник соціальної сфери** – особа, зайнята у соціальній службі на постійній чи тимчасовій основі.

**Представництво** – допомога людям реалізувати свої інтереси у структурах влади.

**Проблема** – ситуація, яка унеможлиблює бажані дії, досягнення цілей.

**Самореалізація** – реалізація активності, яка задовольняє людину у значущих для неї сферах життєдіяльності та взаємовідносин.

**Сім'я** – динамічна мала група людей, які разом проживають, пов'язані родинними відносинами (шлюбу, кровної спорідненості, усиновлення, опіки), спільністю формування і задоволення соціально-економічних та інших потреб, взаємною моральною відповідальністю; соціальний інститут, що характеризується спільною формою взаємовідносин між людьми, в межах якого здійснюється основна частина їхньої життєдіяльності.

**Сімейна політика** – система механізмів, за допомогою яких держава створює умови для забезпечення життєдіяльності сім'ї, її захисту (якщо вона цього потребує).

**Складні життєві обставини** – ситуація чи обставини, які неможливо об'єктивно подолати самотійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку зі старістю, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення і негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, стихійне лихо, катастрофа тощо).

**Соціалізація** (від лат. socialis – громадський) – процес залучення індивіда до системи суспільних відносин, формування його соціального досвіду, становлення й розвитку як цілісної особистості. Соціалізація передбачає взаємодію людини із соціальним оточенням, яке впливає на формування її певних соціальних якостей та рис, на активне засвоєння й відтворення нею системи суспільних зв'язків; процес передачі суспільного досвіду певної культури (ролей, цінностей, умінь, знань, норм) індивідуальним членам суспільства.

**Соціальна адаптація** (від лат. adaptio – пристосування) – процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища.

**Соціальна діагностика** – процес наукового визначення та вивчення причинно-наслідкових зв'язків, ставлення особи до соціальних цінностей суспільства, вивчення сутності соціальних проблем, котрі утворюють складну життєву ситуацію індивіда, родини, групи.

**Соціальна захищеність** – сукупність соціальних і юридичних гарантій, що забезпечують кожному членові суспільства реалізацію його найважливіших соціально-економічних прав.

**Соціальна корекція** – подолання чи пом'якшення вад психічного або фізичного розвитку у дітей, порушень тієї чи іншої функції у дорослих.



**Соціальна політика** – 1) цілеспрямована діяльність суб'єктів з метою забезпечення соціального захисту і створення умов для формування безпечного соціального середовища людини; 2) система цілеспрямованої діяльності суб'єктів, що сформувалася в суспільстві на певному етапі його розвитку і здійснюється на основі певних принципів та засад з метою забезпечення оптимального функціонування й розвитку соціальних відносин.

**Соціальна профілактика** – робота, спрямована на попередження аморальної, протиправної, іншої асоціальної поведінки, виявлення негативного впливу на життя і здоров'я людей та запобігання такого впливу.

**Соціальна реабілітація** – відновлення порушених чи втрачених суспільних зв'язків, соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність із загальновизнаними суспільними нормами і правилами.

**Соціальна робота** – особливий інтегрований, міждисциплінарний вид професійної діяльності, спрямований на вирішення соціальних проблем окремих, перш за все соціально вразливих, осіб і суспільних груп та задоволення потреб громадян; на створення умов, що сприяють відновленню або підвищенню їхньої здатності до соціального функціонування.

**Соціальна робота з молоддю** – певний комплекс правових, організаційних, матеріальних і кадрових умов, які в сукупності створюють для кожної молодої людини реальні можливості конкретної та необхідної допомоги й надають їй сприяння в основних сферах її життєдіяльності.

**Соціальна робота з сім'єю** – система взаємодії соціальних органів держави, суспільства та сім'ї, спрямована на поліпшення умов її життєдіяльності, розширення її можливостей в реалізації прав і свобод, визначених міжнародними та державними документами, забезпечення повноцінного фізичного, морального й духовного розвитку всіх її членів, залучення до трудового, суспільно-творчого процесу.

**Соціальна справедливість** – справедливість, яка налаштовує на неупереджене задоволення необхідних потреб людини, вмотивований поділ матеріальних ресурсів, вільний доступ до послуг і системи охорони здоров'я, освіти, створення рівних можливостей; соціальний захист і забезпеченість.

**Соціальна сфера** – сфера життєдіяльності людського суспільства, що охоплює широку палітру соціального простору – від умов праці, побуту, здоров'я до етнонаціональних та сімейно-шлюбних відносин.

**Соціальне виключення** – реальне або уявне, повне чи часткове вилучення суспільством зі своїх лав однієї особи або групи людей, позбавлення чи обмеження їхнього доступу до суспільних ресурсів, структур та інститутів.

**Соціальне середовище** – сукупність соціальних умов життєдіяльності людини (сфери суспільного життя, соціальні інститути, соціальні групи), що впливають на її свідомість та поведінку.

**Соціальне страхування** – одна з основних форм соціальної підтримки й соціального захисту населення; це система заходів щодо створення особливих грошових фондів, що формуються за рахунок страхових внесків

підприємств, організацій, громадян і державних коштів, спрямованих на матеріальне забезпечення осіб, що його потребують, а також виплати сум відшкодування майнового та іншого збитку.

**Соціальний захист** – регулятивна система стабілізації суспільства, спрямована на зведення до мінімуму соціальних суперечностей, що виникають у правовому та економічному статусі окремих груп населення. Держава надає своїм громадянам С. з. від ситуацій ризику в нормальному житті (хвороба, безробіття, смерть годувальника, старість, інвалідність).

**Соціальний працівник** – посередник у різних сферах соціальної допомоги сім'ї, окремим її членам, групам людей, у тому числі дітям, молоді, людям похилого віку, інвалідам, хворим, а також в усіх видах загальної соціальної підтримки населення.

**Соціальні відносини** – відносини між групами людей, які займають різне становище у суспільстві, беруть неоднакову участь в економічному, політичному й духовному житті суспільства, різняться способом життя, рівнем і джерелами доходів, структурою власного споживання.

**Соціальні послуги** – комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, з метою поліпшення або відтворення їхньої життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

**Соціальні служби** – державні або суспільні структури, що надають соціальні послуги із забезпечення здоров'я і добробуту людей; надання допомоги в отриманні матеріальних ресурсів та самозабезпеченні; попередження залежності; зміцнення сімейних взаємин; відродження індивідів, сімей, груп до успішного функціонування і т.п.

**Соціальні служби для молоді** – державні організації, що реалізують соціальну молодіжну політику шляхом надання різних видів допомоги і соціальних послуг дітям, молоді та сім'ї.

**Соціум** (від лат. *socium* – загальне, сумісне) – велика і стійка соціальна спільність, що характеризується єдністю умов життєдіяльності людей у певних істотних відносинах та внаслідок цього спільністю культури.

**Спілка молодіжних організацій України (СМОУ)** – самостійна громадська організація, яка на добровільній основі та спільності інтересів об'єднує молодіжні організації для досягнення мети і завдань, передбачених статутом. Створена 21 вересня 1991 р. як правонаступник ЛКСМ України.

**Справедливість** – повага до гідності людини, безпека і недоторканість особи, однакове, рівноправне й недискримінаційне ставлення до всіх членів суспільства, крім випадків, які дають підстави для диференційованого підходу.

**Суб'єкти державної молодіжної політики** – держава, державні органи, що реалізують молодіжну політику; Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство у справах сім'ї, дітей та молоді, Департамент молодіжної політики, інші міністерства та центральні органи виконавчої

влади; Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму України; місцеві адміністрації, у складі яких діють структурні підрозділи по роботі з молоддю; органи місцевого самоврядування; політичні партії, суспільні рухи, об'єднання й організації (у тому числі молодіжні); соціальні інститути навчання і виховання молоді; окремі громадяни; самі молоді люди.

**Торгівля людьми** – це вербування, перевезення, передача або прийом людей з використанням погрози або сили, викрадення, обману, примусу, зловживання владою, сплати грошей або отримання грошей чи пільг з метою контролю однієї людини над іншою людиною для подальшої експлуатації.

**Указ** – постанова, розпорядження найвищого органу влади або глави держави, що має силу закону.

**Функції державної молодіжної політики** – створення гарантованих соціально-економічних, політичних та інших необхідних стартових умов для молоді; реалізація проблем, інтересів і запитів молоді, враховуючи аналогічні інтересів інших класів та соціальних груп суспільства; координація зусиль усіх державних органів, організацій, рухів, різних соціальних інститутів суспільства із забезпечення умов для розвитку і самореалізації молоді.

**Ціннісні орієнтації** – ідеологічні, політичні, моральні, естетичні й інші оцінювання конкретним суб'єктом (людиною) оточуючої дійсності та орієнтації в ній; спосіб певної диференціації (розподілу) об'єктів індивідом за їхньою значимістю; вибіркова, відносно стійка система спрямованості інтересів і потреб особистості, зорієнтована на певний аспект соціальних цінностей.

**Цінності** – поняття, що застосовується для позначення об'єктів, явищ та їхніх властивостей, а також абстрактних ідей, що втілюють у собі ідеали (суспільства, групи, особистості) і виступають завдяки цьому як еталон належного.

**ЮНЕСКО** – міжнародна організація, спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй. При співпраці членів-держав у ділянці освіти, науки, культури сприяє ліквідації неписьменності, підготовці національних кадрів, розвитку національних культур, охороні пам'яток культури і т.п.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богдан Д. Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ/СНІДу. *Магістеріум*. Вип. 15. Соціальна робота і охорона здоров'я / Національний університет «Києво-Могилянська академія». 2004. С. 59–65
2. Богданов С. Соціальний захист інвалідів: Український та польський досвід / Наук. ред. О. Палій. К.: «Основи», 2002. 93 с.
3. Бойко А.М. Соціальна робота з клієнтами із залежністю від алкоголю та наркотиків: Метод. рек. з навч. курсу для магістеріуму / Шк. соц. роботи; Нац. ун-ту «Києво-Могилянська академія»; Кафедра соц. роботи; Ужгород, держ. ун-ту. К.; Ужгород, 2000. 76 с.
4. Бойко А.М., Бондаренко Н.Б. Соціальна робота з конкретними групами клієнтів К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 166 с.
5. Братусь І.В. Соціальні причини виникнення раннього материнства. *Матеріали міської конференції «Проблеми раннього материнства»*. К.: Молодіжна громадська організація «ЮНЕКО», 2004. С. 3–10.
6. Братусь І.В. Соціально-педагогічна робота з юними матерями у США та Великій Британії : дис... канд. пед. наук: 13.00.05. Луган. нац. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ. 2007. 229 с.
7. Братусь І.В. Форми і методи соціально-педагогічної роботи з юними матерями. Соціальна педагогіка: теорія та технологія: Підручник / За заг. ред. І.Д. Зверєвої. К.: Центр навчальної літератури, 2006. С. 225–236.
8. Брюхина Е. В. Беременность и роды у девушек-подростков. Предупреждения осложнений, реабилитации. Челябинск, 1996. 266 с.
9. Вадзюк О. Соціальна робота з клієнтами. *Соціальна робота в Україні: теорія та практика*. Ч. 3. 2002. С. 115–121.
10. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. Ч. 1. Теоретична частина. 2-ге вид., перероб і доповн. К., 2016. 188 с.
11. Вольф О.О. Соціальна робота щодо допомоги тяжко хворим громадянам у кінці їх життя в умовах діяльності глобальних організацій, лібералізації і приватизації ринку охорони здоров'я. Перспективи для України. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції*, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. / Ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського. К. : Університет «Україна», 2012. С. 187–192
12. Вороненко Ю.В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої наук.-практ. конф.* ; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. Київ : Талком, 2013. С. 49–62

13. Гойда Н.Г. Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги. Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні : матеріали Першої наук.-практ. конф. ; за ред. Ю.В. Вороненка, Ю.І. Губського. К. : Університет «Україна», 2012. С. 177–179
14. Горелов Д. Роль громадянського суспільства у реформуванні системи надання соціальних послуг населенню. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/Monitor/desember08/28.htm>
15. Горемікіна Ю. Проблеми розвитку недержавних організацій у сфері надання соціальних послуг. *Демографія та соціальна економіка*. 2009. №. 1. С. 161–168.
16. Грищенко С.В. Протидія торгівлі людьми : навч. посіб.; Чернігів. нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. Чернігів : Лозовий В. М., 2015. 223 с.
17. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї. Проект «Гармонія». Львів. 2004. 95 с.
18. Губський Ю.І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам. *Медичні перспективи*. 2010. Т. XV. № 1. С. 26–28.
19. Гуревич М. А. Несовершеннолетние мамы – причины и последствия. *Челябинский гуманитарий*. 2010. № 1(10). С. 133–139.
20. Данильчук Л. О. Соціальна профілактика торгівлі людьми засобами інформаційно-комунікаційних технологій: теорія і методика : монографія; Кременец. обл. гуманітар.-пед. ін-т ім. Тараса Шевченка. Хмельницький : Цюпак А. А., 2014. 495 с.
21. Дворяк С. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин. К.: Граффіті Груп, 2003. 56 с.
22. Діти вулиці: хто вони і як їм допомогти / [упоряд.: О.Главник, Н.Комарова]. К. : Главник, 2006. 112 с.
23. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми / Аряєв М.Л., Котова Н.В., Старець О.О. та ін. К. : Кобза, 2003. 168 с.
24. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. СПб., 2002. 272 с.
25. Євтух М.Б., Грищенко С.В., Михайлишин Г.Й. Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Івано-Франківськ: Місто НВ, 2011. 308с.
26. Єдина технологія надання соціальних послуг центрами зайнятості України (удосконалена) : науково-дослідна робота / Ю.М. Маршавін, Д.Ю.Маршавін, Л.Є. Ляміна, Л.М. Фокас. К., 2010. 485 с.
27. Єдина технологія обслуговування незайнятого населення в центрах зайнятості України / Маршавін Ю., Ляміна Л., Фокас Л. та ін. К.: ІПК ДСЗУ, 2000. 300 с.

28. Жуков В. Соціальна політика: світові тенденції та моделі, застосування в Україні. *Соціальна політика та менеджмент у соціальній роботі* / За заг. ред. І. Зверєвої та Г. Лактіонової. К.: Наук, світ, 2001. С. 8–23.
29. Завацька Л. М. Технології професійної діяльності соціального педагога : навч. посіб. для ВНЗ. Видавничий Дім «Слово». 2008. 240 с.
30. Закон України «Про запобігання захворювання СНІДом і соціальному захисту населення». *Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/ СНІДом: сучасний стан і шляхи вдосконалення*. К. : Сфера, 2003. С. 34–44.
31. Запобігання насильству в сім'ї у діяльності фахівців соціальної сфери: навчально-методичний посібник / Авт. кол.: Бондаровська В.М., Бордіян Я.І., Булах Л.В., Журавель Т.В. та ін. / За заг. ред. Бондаровська В.М., Журавель Т.В., Пилипас Ю.В. К.: ТОВ «Видавничий дім «КАЛИТА». 2014. 282 с.
32. Збірник законодавчих та нормативних актів з питань соціального та правового захисту / Упор. З.П. Кияниця, М.О. Смирнова, Л.Г. Дюжаєва та ін. К., 2002. 171с.
33. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів. К.: Всеукр. громад.-політ, об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України», 2005. Вип. 3. 248 с.
34. Зверєва І.Д. Соціальна робота з дітьми і молоддю (теоретико-методологічні аспекти). / І.Д. Зверєва, І.В. Керецман, О.І. Пічкарь. Ужгород: УжНУ, 2000. Ч.1. 192 с.
35. Иванова Л. Подростковая проституция: о некоторых аспектах проблемы: научное издание. *Воспитание школьников*. 2002. № 9. С.58–61
36. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. Луганськ: Альма-матер, 2005. 408 с.
37. Калашников Ю.В. Профілактика ВІЛ/СНІДу: консультативні пункти «Довіра» центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді . *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2005. № 1. С. 155–170.
38. Капська А. Й., Пеша І. В. Соціальний супровід різних категорій сімей та дітей. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 232 с.
39. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-метод. посіб. К.: УДЦССМ, 2001. 220 с.
40. Комплексна допомога бездоглядним та безпритульним дітям: метод. посіб. / [Безпалько О., Бурковська Л., Журавель Т. та ін.] ; за ред. І.Д. Зверєвої, Ж.В.Петровича]. К. : Вид. дім «Калита», 2010. 376 с.
41. Кондур О. С. Управлінська компонента професійної компетентності фахівця в освітній системі. *Витоки педагогічної майстерності* : зб. наук.

праць. Вип. 21 / Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка ; гол. ред. М. І. Степаненко. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2018. С. 95–99.

42. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник / М.П. Лукашевич, Т.В. Семигіна. К. : Каравела, 2009. 368 с.

43. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : підручник / М.П. Лукашевич, Т.В. Семигіна. 2-е вид. К. : Каравела, 2012. 368 с.

44. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: Навч. посіб. 2-ге вид., доп. і випр. К.: МАУП, 2003. 168 с.

45. Лякішева А. Соціально-педагогічна підтримка дитинства й материнства у незалежній Україні. Вища школа. 2018. № 7–8. С. 50–60.

46. Макарова О.В. Соціальна політика в Україні: Монографія; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. К., 2015. 244 с.

47. Матеріали Першого національного конгресу з паліативної допомоги (м. Ірпень, 26–27 вересня 2012 року) : Збірник доповідей / Всеукр. громадська організація «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», Міністерство охорони здоров'я України ; ред. Ю. М. Калита ; сост. : О. Коваленко, Л. Брацюнь. Київ : Вид. дім «Калита», 2013. 108 с.

48. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. М.: Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2000, 96 с.

49. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Лазаренко Б.П., Пінчук І.М. / К.: 2002. 144 с.

50. Методичні рекомендації до комплексної програми «Профілактика негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі» / А.М. Павленко, І.М. Пінчук, Л.П. Шнеренко. К.: УДЦССМ. 2001. 72 с.

51. Методичні рекомендації щодо соціальної підтримки людей, які живуть з ВІЛ : з досвіду роботи / Калашніков Ю.В., Крисов Л.П., Муценко Д.В. та ін. К. : ДСССДМ, 2005. 116 с.

52. Методичні рекомендації, щодо організації роботи з особами, звільненими із місць позбавлення волі. Сайт Міністерства соціальної політики України. Нормативна база. Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/index>

53. Михайлишин Г. Й., Довга М. Соціальне проектування як один із прогресивних засобів подолання проблем молодих сімей у Івано-Франківській області. *Освітній простір України*. 2019. № 17. С. 139-146

54. Михайлишин Г., Довга М. Організаційно-педагогічні умови професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до роботи з молодими сім'ями: поняття та загальна характеристика. *Освітні обрії* . 2019. №2 (49). С. 75–77

55. Міжнародний досвід попередження та протидії домашньому насильству [Монографія] / А.О. Галай, В.О. Галай, Л.О. Головка, В.В.Муранова та ін. / За заг. ред. А.О. Галай. К.: КНТ, 2014. 160 с.
56. Мінакова К. Основні соціально-педагогічні та психологічні характеристики жінки – жертви сімейного насилля. Соціальна педагогіка. 2005. №2. С.43–47
57. Набока В.М. Торгівля жінками в Україні як вид латентних соціальних відносин / Автореф. дис... канд. соціол. наук: 22.00.03 Харків. 2003. 17 с.
58. Організація і технології соціальної роботи з дітьми вулиці / [за ред. А. Й.Капської]. К. : Інтернаціональний Союз. Ліга соціальних працівників України, 2003. 260 с.
59. Організація комплексного догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних людей на базі громадських центрів : метод. посіб. / [І.Агєєва, Я.Бляхарський, А. Бойко та ін.] ; за ред. Т. Семигіної. К. : Всеукраїнська мережа ЛЖВ, 2005. 127 с.
60. Поліщук, В. А. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: зарубіжний досвід : посібник. Тернопіль : Навчальна книга–Богдан, 2003. 184с.
61. Поняття безробіття [Електронний ресурс]. Режим доступу до сторінки : <http://www.houseofmcdonnell.com/materiali-potem/42-ponyttya-bezrobttya.html>.
62. Попович Г.М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: Навчально-методичний посібник. Ужгород: Гражда, 2000. 134 с
63. Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей: Закон України від 20.01.2018р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2623-15>
64. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>
65. Програма соціальної адаптації і ресоціалізації осіб, що звільнилися з місць позбавлення волі / Громадська організація інтелігенції м. Києва «Київ – рідний дім». К., 2001.
66. Проскура В.В. Соціальна адаптація осіб, які повернулися з місць позбавлення волі (за матеріалами соціального дослідження. *Магістеріум*. 2004. Випуск 15. С. 65–71.
67. Проскура В.В. Соціальна робота з особами, які повернулися з місць позбавлення волі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2005. № 1 (29). С.20–30.
68. Проскура В.В. Соціальна робота з особами, які повернулися з місць позбавлення волі в Україні. *Наукові записки НаУКМА*. 2003. Т.22. У 3х ч.Ч.2 Суспільні науки. С. 291–295.



69. Протидія торгівлі людьми в Україні: навчально-методичний посібник до спецкурсу / Автори-упорядники: Е. Мручковська, Н. Пахом'юк, О. Кочерга; за заг. ред. К. Левківського та ін. К.: ВАІТЕ, 2017. 88 с.
70. Протидія торгівлі людьми: навчально-методичний посібник / за ред. Т.Семигіної. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2008. 166 с.
71. Робота з клієнтами соціальних служб / Під ред. З.Г. Зайцева, Житомир: «Екосфера», 1994. 117 с.
72. Савчук О.М. Об'єктивізація впливу тренінгу асертивності на психологічний стан жінок, які зазнали насильства. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №6. С. 74–76
73. Савчук О.М. Стратегії роботи із співзалежними жінками, які зазнають насильства в сім'ї. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №4. С. 51–60
74. Секретна І.В. Робота з призовною молоддю та військовослужбовцями. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003. №4. С. 162–169.
75. Семигіна Т. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації / Семигіна Т., Банас О., Венедиктова Н. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2006. 620 с.
76. Сердюк О. О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю: [навч. посіб.]. Харків: Нац. ун.т внутрішніх справ, 2006. 303 с.
77. Сидоренко Ю.А. Сучасна українська сім'я як клієнт соціальної роботи. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003. № 2. С. 100–101.
78. Словарь справочник по социальной работе. / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. 424 с.
79. Соціальна підтримка дітей з обмеженими функціональними можливостями: Методичні рекомендації / Авт.-упор. О.В. Безпалько. М.: Социально-технологический институт, 2000. 84 с.
80. Соціальна реабілітація неповнолітніх, які повернулись з мість позбавлення волі, у соціальних службах для молоді / за ред. З. Г. Зайцева. К.: А.Л.Д., 2015. 64 с.
81. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. Посібник / Тюптя Л.Т., Іванова І. Б. К.:Ун-т «Україна», 2004. 408 с.
82. Соціальна робота : підручник : для студ. вищ. навч. закл. / В. А. Поліщук, О. П. Бартош-Пічкара, Н. М. Горішна [та ін.] ; за ред. Н. Г. Ничкало. Тернопіль : Збруч, 2010. 330 с.
83. Соціальна робота : технологічний аспект : навч. посіб. / за заг. ред. проф. А.Й. Капської. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
84. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я.Марченко та ін. ; за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонові. К. : Наук. світ, 2003. 233 с.

85. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверєва, О.В. Безпалько, О.І. Янкович, З.П. Бондаренко, Т.Л. Лях; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка; Християн. дит. фонд. 2-ге вид., перероб. і доп. К.: ДЦССМ, 2004. 266 с.
86. Соціальна робота в Україні: Навчальний посібник / За ред. І.Д. Зверєвої, О.В. Безпалько, С.Я. Марченко та ін.; за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.
87. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під редакцією В.Полтавця. К.: Видавничий дім «КМ Academia», 2000. 236 с.
88. Соціальна робота в Україні: теорія та практика: Посібник для підвищення кваліфікації психологів центрів соціальних служб для молоді / За ред. А.Я. Ходорчук. К.: ДЦССМ, 2003. 264 с.
89. Соціальна робота з допризовною, призовною молоддю, військовослужбовцями, службовцями за призовом та юнаками, які звільнюються з лав Збройних сил України. К.: УДЦССМ, 2010. 44 с.
90. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера / Під заг. ред. І. Д. Зверєвої. К.: Наук, світ, 2002. 55 с.
91. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: Наук.-навч.-метод. посіб. для студ., магістрантів, асп. та спец. у галузі соц. роботи, соц. педагогіки / Авт.-уклад. С.Я. Харченко; Луган. держ. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ: Альма-матер, 2003. 198 с.
92. Соціальна робота у сфері зайнятості населення : навч. посіб. для студ. спец. соціальна робота / за ред. В.В. Харабет, А.І. Андрющенко, В.М.Ніколаєвського. Маріуполь : Новий світ, 2012. 568 с.
93. Соціальна робота: Короткий енцикл. слов / Соціальна робота. Кн. 4. К.: ДЦССМ. С. 194–197.
94. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник / Авт. кол. В.П. Андрющенко, В.П. Бех, В.А. Башкірєв. К.: ДЦССМ, 2002. 536 с.
95. Соціальна робота: Навч. посібник, Ч.3: Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т.Семигіної та І.Григи. К.:Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 166 с.
96. Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Капської. К.: Центр навч. літ., 2004. С. 316–327.
97. Соціально-педагогічні основи протидії торгівлі людьми та експлуатації дітей: навч.-метод. посіб. / [Н.П. Бочкор та ін. ; упоряд. О.В. Ясельська, В.Ю. Кизим] ; за заг. ред. К. Б. Левченко, Л. Г. Ковальчук, О. А. Удалової ; Ін-т інновац. технологій і змісту освіти, Міжнар. правозахис. центр «Ла-Страда Україна». К. : Агентство Україна, 2011. 291 с.
98. Стандарти соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні: передумови та перспективи / [упоряд.: В. А. Сановська, М. О. Микитюк]. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська акад.», 2005. 128 с.

99. Стинська В. Центри соціальної підтримки материнства й дитинства в Україні: сучасні виклики суспільства (на прикладі Івано-Франківської області). Обрії. Івано-Франківськ, 2017. № 2 (45). С. 126–130.
100. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник / За ред. Т.В.Семигіної, І.І.Миговича. К.:Академвидав, 2005. 328 с
101. Тунтуєва С.В. Психологічні особливості жінок, постраждалих від насильства в сім'ї. *Соціальна педагогіка: теорія і практика*. 2009. №. 4. С. 72–75
102. Тюптя Л. Т. Соціальна робота : теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. / Л.Т. Тюптя, І.Б. Іванова. К. : Знання, 2008. 574 с.
103. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. С. 338–380.
104. Чемерис А. Т. Організація діяльності служби зайнятості : конспект лекцій. К. : МАУП, 2006. 120 с.
105. Шаргородська С. Насилля в сім'ї: вид, наслідки, шляхи подолання. *Соціальний педагог*. 2007. №2. С. 14–17
106. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури. 2006. 464 с.
107. Яцемирская Р.С Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб. пособие. М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1999. С. 202–218.

Навчальне видання

**І. В. Кулик**

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА  
З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ**

*Навчальний посібник*

ISBN 978-966-2716-59-7

В авторській редакції  
Формат 60х84 1/16. Папір офсетний.  
Друк цифровий.  
Гарнітура Times New Roman.  
Умовн. друк. арк. 13,72  
Наклад 300 прим.

**ВИДАВНИЦТВО  
“НАІР”**

Івано-Франківськ, вул. Височана, 18,  
тел. (034) 250-57-82, (050) 433-67-93  
email: fedorynrr@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного  
реєстру видавців, виробників і розповсюджувачів  
видавничої продукції №4191 від 12.11.2011р.