МІНІСТРЕСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В.ДАЛЯ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
З ДИСЦИПЛІНИ “Соціальна робота з різними групами клієнтів”

(для здобувачів вищої освіти зі спеціальності І10 Соціальна робота та консультування освітня програма «Соціальні послуги та технології”)

(Електронне видання)

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри практичної психології
та соціальної роботи
Протокол № 8 від 12 березня 2026р

м. Київ 2026

УДК 364.044.4 (075.8)

Навчально-методичний посібник “Соціальна робота з різними групами клієнтів”(для здобувачів вищої освіти зі спеціальності І10 Соціальна робота та консультування освітня програма «Соціальні послуги та технології” усіх форм навчання (Електронне видання) / Уклад. старший викладач Бровендер О.О., доктор психологічних наук, професор Завацька Н.Є.– Київ: вид-во СНУ ім. В. Даля. 2026. 368 с.

У навчально-методичному посібнику подається теоретичний матеріал із курсу «Соціальна робота з різними групами клієнтів». У навчально-методичному посібнику висвітлюються актуальні питання соціальної роботи з різними групами клієнтів, основні методи та форми соціальної роботи із різними категоріями населення.

Укладачі: ст.викл. Бровендер О.О.

д.психол.н. проф. Завацька Н.Є.

Відповідальний за випуск:

Рецензент: доктор психологічних наук, професор,
чл.-кор. НАПН України, директор Українського НМЦ практичної психології і соціальної роботи
НАПН України В. Г. Панок

ЗМІСТ

Тема 1. Становлення соціальної роботи з різними групами клієнтів 4
Тема 2. Особливості роботи з різними групами клієнтів 23
Тема 3. Соціальна робота з допризовною молоддю, військовослужбовцями та членами їхніх сімей 40
Тема 4. Соціальна робота з малозабезпеченими групами населення 53
Тема 5. Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями 66
Тема 6. Соціальна робота з людьми похилого віку 78
Тема 7. Соціальна робота з особами з алкогольною та наркотичною Залежністю 95
Тема 8. Особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД 109
Тема 9. Організація соціальної роботи з людьми без визначеного місця проживання 124
Тема 10. Соціальна робота з групами клієнтів, які зазнали насилля в сім'ї 132
Тема 11. Організація соціальної роботи з жертвами «торгівлі людьми» 153
Тема 12. Соціальна робота з безробітними людьми 160
Тема 13. Організація соціального супроводу особам, що повернулися з місць позбавлення волі 178
Тема 14. Соціальна робота з особами, які перебувають на довготривалому лікуванні, зокрема з невиліковно хворими 187
Тема 15 Соціальна робота з обдарованою особистістю 196
Тема 16 Соціальна робота з сім'єю. 229
Тема 17. Специфіка соціальної роботи з представниками проблемних груп (груп ризику) 270
Тема 18 Соціальна робота з клієнтами різного віку 306
Рекомендована література: 349

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.

1. Соціально-демографічні проблеми суспільства.

Демографічна проблема – сукупність соціально-демографічних проблем сучасності, що зачіпають інтереси всього людства. Найважливіші *проблеми* народонаселення, які загрожують украй 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: *статево-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.

Статево-вікова структура 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.

Статево-вікова структура 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 захворіти.

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, лесбіянки, 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 спричинюють 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 неподоланним 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 щиру 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.

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

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 Абрагамом 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.

Вибудувану 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, несамостійність 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, дорожнечею 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 реалізовуючи 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.

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.

1. Спеціальні групи клієнтів як соціальна проблема.

Соціальна робота зі спеціальними групами клієнтів – важливий компонент розвитку демократичних засад суспільства. Це випливає 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 маютьпсихічні 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 працівникапотребує 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. Пограничная 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 відчути 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 уживанням 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 відчути

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 ураховувати, 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 імунодефіциту (СНІДу). За цей час ВІЛ (вірус імунодефіциту 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 оцінними 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 кровоносні 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 укус 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 вірусоносійство);
- 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 слабість, 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, грибками, 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

XXI 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:

- впливна 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 підривають 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 імунодефіциту (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 імунодефіциту 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 острах 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 інтернальною 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 необдумано 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

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).

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 молодою особою соціального та професійного досвіду, адаптації та входження її в суспільне життя. Призов молодої людини до лав Збройних сил – докорінна зміни 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 впилив 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 вирішені соціально- психологічних проблем шляхом надання інформаційних, психологогічних 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 готовностіпризовників 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 пільг військовослужбовців під час служби і після її завершення.

У роботі консультпунктів наявна як індивідуальна, так і групова 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, гіпертоні, астми та ін. Найстрашніший хворобливий вплив на учасників таких війн надають відчуженість суспільства, розвінчання цілей і методів війни.

Сім'ї військових відчувають 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 ЦССДМ 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 до- призовної 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 спе- ціалістами 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 молодої 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 нестатустних взаємостосунків;

 анкета з проблем викорінювання нестатустних 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 учбове бойові завдання, пов'язані з раптовою напругою фізичних і духовних сил. Деякі військовослужбовці в таких випадках особливо гостро відчувають свою професійну непідготовленість, слабкість, безвихідь. Вони приховують свої почуття від товаришів по службі, соромляться попрохати 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 ЦССДМ в консультативних пунктах при військкоматах?
4. За якими напрямами здійснюється соціальна робота консультативних пунктів при військових частинах?
5. Проаналізуйте основні проблеми військових та їхніх сімей.
6. Назвіть методи вивчення особистості військовослужбовця соціальним працівником.

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.

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 триступеневого 0,5 відсоткового відбору за територіальним принципом. Обстеження здійснюється щоквартально, кожне відібране домогосподарство обстежується протягом двох тижнів за квартал.

За програмою вибіркових 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 вибіркових обстежень 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	Розмір прожиткового мінімуму (грн.) за періодами

населення	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
Працездатні особи	2102	2197	2270
Особи, які втратили працездатність	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 2025 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 × 130%) + 20% надбавка за інвалідність матері = 2900 грн. 04 коп;
- для дитини 5 років (1859 × 130%) + 20% надбавка за інвалідність матері = 2900 грн. 04 коп;
- для дитини 14 років (2318 × 130%) + 20% надбавка за інвалідність матері = 3616 грн. 08 коп;
- для працездатних осіб (в нашому випадку – батько) 549 грн. 25 коп. (2197 × 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 (м2) 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 вибіркових спостережень статистичними органами обчислюються: середні душові 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 визначені 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 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.

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 (будинок), 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 унеможливлюють виплату соціальної допомоги (зокрема, смерть одинокої 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 якої 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 самостійно 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 визначені 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».

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.

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 е 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 посильної 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

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 сімям 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

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.

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 фізіологічні функції 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 довгожительства (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 чисельностінаселення) 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 «достоїнство» 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

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. одиноких 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 посильної 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 малопрестижною 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 (дрібної 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. Організовують- ся 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 станови- ти 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 можли- востями. Вона передбачає персональний догляд (він надається немедичнимпрацівником) та неважку домашню роботу, яка може включати також приготування їжі за додаткову плату.

Для отримання цієї послуги необхідно подати заяву та заповнити відповідну ф орму. 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 роз- гляд 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 ко- роткотерміновою, 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 господар- ства, 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 посиленим 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 неза- лежного 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 самостійно 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 ді- яльності 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 «будинок-інтернат 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.

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 самодопомоги, 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.

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 «Есперaль», «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 небезпечна 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.

Голкорефлексотерапія – це східний метод лікування різних хвороб, зокрема й алкоголізму. Суть процедури – вплив на активні енергетичні точки тіла людини, яких налічують близько 700. Голковколювання завжди нале жало 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 пра вильно, 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 па цієнта. 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 хвороб (часто можна почути, що хімічна залежність – це хвороба

заперечення і рецидивів), причому наявніст 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 самодопомоги, 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 групп 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 Олеся 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, мелірідін (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 самостійно 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, але вилікувати цю важку хворобу цілком реально.

Ефективне лікування наркотичної / алкогольної залежностей можливо лише в тому випадку, якщо сам пацієнт бажає вилікуватися. 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 вливається 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 вливається 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.

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; імунодефіциту
- антиретровірусна терапія;
- вірус імунодефіциту;
- центр СНІДу.

1. ВІЛ/СНІД як соціальна проблема.

У кінці XX ст. людство зіткнулося з появою нової вірусної хвороби – СНІДу (синдрому набутого імунодефіциту). Цим терміном позначено кінцеву стадію ВІЛ-інфекції (вірусу імунодефіциту 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 ізольованих 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 імунодефіциту 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°С миттєво, при + 56°С 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-запалювальні 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 шприцами 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 моніторування 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/мм3. 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/мм3.

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/мм3 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/мм3 та ≤500 клітин/мм3;
- 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 чиї 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 напрямах, 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 запорук 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, побоючись 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, покликаній 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 використосвують 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).

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

«Schorer», яка проводить щорічний моніторинг у галузі ВІЛу серед ЧСЧ.

«Schorer» 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 партнерам.

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.

ACET (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.

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

Всеукраїнська благодійна організація ACET була заснована у квітні 2005 року. Програма ACET в Україні розпочала працювати з 2003 року. ACET в Україні є частиною ACET 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. Побоювання, 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 соціальна роботу з вагітними-ВІЛ-інфікованими.

8. Назвіть умови народження здорової дитини ВІЛ-інфікованою матір'ю.

9. Охарактеризуйте закордонний досвід щодо запобігання ВІЛ/СНІДу.

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.

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», чиє 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, злодійство, 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, призвичаюється 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 декого 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.

Закладами 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 прямована 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.

Закладами 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. Цетр 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.

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

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 домівку 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 кожну 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 домінантну 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 одиничного 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 самостійно. 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 відчувають 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

насильства 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 бути 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

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, допоки 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 самодопомоги. 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 супроводжуе 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 «насильства 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 насилля в сім'ї.

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.

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 XX 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 змінами, внесеними згідно з Кодексом № 4651-VI від 13.04.2012, ВВР, 2013, № 9-10, № 11-12, № 13, ст.88, Законами № 5459-VI від 16.10.2012, ВВР, 2013, № 48, ст.682; № 245-VII від 16.05.2013, ВВР, 2014, № 12, ст.178; № 1697-VII від 14.10.2014, ВВР, 2015, № 2-3, ст.12; № 766-VIII від 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.

Відповідно до міжнародного визначення торгівля людьми означає здійснюваної з метою експлуатації вербування, перевезення, передачу, приховування чи

одержання людей шляхом загрози силою або її застосування чи інших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, чи шляхом підкупу у вигляді платежів або вигод, для одержання згоди особи, яка контролює іншу особу.

Злочин торгівлі людьми має три взаємопов'язані складові:

1) дії – торгівці людьми вербують, перевозять, передають, переховують чи одержують людей;

2) засоби – торгівці людьми під час здійснення дій застосовують погрози силою або силу, або інші форми примусу, викрадення, шахрайство, обман та ін.;

3) мету – метою цих дій і засобів є експлуатація людей.

Офіційно поняття «торгівлі людьми» в Україні визначено у ст. 149 Кримінального кодексу, де перелічено види експлуатації, яким піддаються потерпілі від торгівлі людьми: «всі форми сексуальної експлуатації, використання в порнобізнесі, примусова праця або примусове надання послуг, рабство, підневільний стан, залучення в боргову кабалу, вилучення органів, проведення дослідів над людьми без їхньої згоди, усиновлення з метою наживи, примусова вагітність, втягнення у злочинну діяльність, використання у збройних конфліктах тощо».

2. Різновиди та наслідки торгівлі людьми.

Від злочину торгівлі людьми може постраждати будь-яка особа, незалежно від статті та віку. Реалії переконують, що злочинний світ може піддавати людину будь-якій формі експлуатації в найрізноманітніших галузях. Умовно можна виділити такі категорії використання людей, яких злочинці вербують, транспортують та перепродують у інші руки з метою:

– сексуальної експлуатації;
– примусової праці;
– 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 – брутальне 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, навіювання,

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. Обгрунтуйте 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. Обгрунтуйте складові профілактики торгівлі людьми як головного елемента протидії цьому явищу.
8. Яка структура мережі організацій допомоги потерпілим від торгівлі людьми?

Тема 12. Соціальна робота з безробітними людьми

1. Безробіття як соціальне явище.
2. Загальні підходи та принципи роботи з безробіними людьми.
3. Методи і технології соціальної роботи з безробітними людьми.
4. Організація надання допомоги безробітним людям.
5. Приклади діяльності соціальних служб з безробітними людьми.

1. Безробіття як соціальне явище.

Однією з найактуальніших соціальних проблем, з якими зіткнулося людство на початку XXI 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 планового 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 економічні 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 вибіркових обстежень 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 зміненій 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 невигідному 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. Почасти 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 відчувають 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 отримую 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 утриманця, 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 непрестижну 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; консультує 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-прийомний;

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 соціальне 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.

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.

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 їньої асоціальної спрямованості.

Виховну роботу з засудженими, яка забезпечує процес ресоціалізації, проводять фахівці соціально-психологічної служби, педагоги, психологи. Вона включає:

 організацію загальноосвітнього й професійно-технічного навчань;

 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

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 самостійним 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 невигідному 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 сьогоденням, 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 щирого 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.

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.

1. Сутність хоспісу, хоспісної та паліативної допомоги

Хоспіс – це заклад спеціалізований, 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; 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 (інсульти, 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 лікування 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 / абоукриття 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 XX 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 малоінвазійної та паліативної терапії. Саме ця Асоціація долучилася до робочої групи з паліативної допомоги у Східній і Центральній Європі (ECEPT) 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 госпісної 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 ПХМ 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 України», 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 Виноградово Закарпатської 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 маютьзагалом 501 стаціонарне ліжко. 7 центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом мають до 50 хоспісних ліжок. Ще 4 хосписи 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 госпісної 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 табуювання 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 примірного положення 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 ізольованості, 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 хосписи?
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.

Тема 15 Соціальна робота з обдарованою особистістю

1. Стратегічні державні документи, що регламентують роботу з обдарованими дітьми. Сутність понятть «обдарованість», «обдаровані діти». В Україні на національному рівні розроблено нормативноправове забезпечення підтримки обдарованої особистості: Закони України «Про освіту», «Про вищу освіту» (2014), Державна національна програма «Освіта» (Україна XXI ст.) (1994), Концепція педагогічної освіти, Державна програма «Вчитель» (2011), Комплексна програма «Творча обдарованість», Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2009-2015 рр. Крім того, у 2005 р. створено Інститут обдарованої дитини при Національній академії педагогічних наук України з «метою 21 створення сприятливих умов для пошуку, підтримки і стимулювання інтелектуально і творчо обдарованих дітей та молоді…» [11, с. 12]. Важливо й те, що Україна здобула офіційне членство у Всесвітній раді для обдарованих і талановитих дітей, а також створено Всеукраїнську молодіжну

громадську організацію «Союз обдарованої молоді» (2005), яка з 2007 р. співпрацює з колегами з європейських країн та колишнього СНД. Значна робота проводиться і на регіональному та місцевому рівнях, починаючи від дошкільних, загальноосвітніх навчальних закладів та завершуючи вищими навчальними закладами. У Державній національній програмі «Освіта (Україна XXI століття)» серед пріоритетних напрямів реформування шкільної освіти визначено: «...своєчасне виявлення ранньої обдарованості, забезпечення умов для розвитку талановитих дітей», а також «...удосконалення навчально-виховного процесу в шкільних закладахз урахуванням особистих якостей, стану здоров'я, природних задатків дитини». У «Концепції виховання творчої особистості» визначено необхідність узгодження творчої діяльності з віком дитини, що сприяє розвитку інтелектуальних здібностей та максимальному розвитку критичності та культури мислення молодого покоління. Одним із основних завдань загальної середньої освіти є реалізація цільової Програми педагогічної підтримки творчо обдарованої молоді, що надає можливість створити загальнонаціональну систему виявлення, відбору та педагогічної підтримки обдарованої молоді. На необхідності виявлення і розвитку творчих здібностей молодшого школяра наголошено в Типових навчальних планах початкової школи, Державному стандарті початкової загальної освіти, програмах для середньої загальноосвітньої школи (1-4 класи). Ранній етап виявлення творчих та обдарованих дітей зробить все подальше їхнє навчання в школі та вищому навчальному закладі усвідомленим, а вибір фахового шляху – невипадковим. Розкриємо змістове наповнення дефініцій «здібний», «обдарований», «талановитий». 22 У тлумачних словниках поняття: «здібний», «обдарований», «талановитий» уживаються як синоніми, що відображують рівень прояву здібностей. Установлюючи складові обдарованості, необхідно основним уважати поняття здібність. М. Б. Теплов визначає три ознаки цього поняття: здібності – це індивідуально-психологічні особливості, що відрізняють одну людину від іншої; здібності – це не будь-які індивідуальні особливості взагалі, а такі, що стосуються успішного виконання якої-небудь діяльності або багатьох

діяльностей; здібність не визначає ті знання, навички або вміння, що вже вироблені в конкретної людини. О. Я. Савченко визначає обдарованість – як сукупність задатків особистості як передумова розвитку її здібностей до певних видів діяльності. Талант – це певна природна якість, що демонструє особливі здібності. Обдарованість – це стан таланту, ступінь прояву таланту. У психологічному словнику М. 3. Д'яченка, JI. О. Кандиновича талант трактується як природна обдарованість і видатні здібності до якої-небудь діяльності. Відповідно до теорії психологічної науки до чинників, за якими здійснюється психічний розвиток талановитої та обдарованої дитини слід віднести: природні передумови; соціальні умови життя; систему саморозвитку. Генетично обумовлений компонент (дар) значною мірою визначає як кінцевий результат, так і темп розвитку. З моменту народження цей генетичний дар під впливом середовища перетворюється на єдину лінію розвитку. Реальна обдарованість залежить не тільки від задатків, але й від того, у якому середовищі зростала дитина, який отримала розвиток, як сама піклувалась про розвиток свого потенціалу. Реальна обдарованість – не просто статичний божий чи генетичний дар. Обдарованість існує лише в динаміці, у розвитку, а тому постійно змінюється. Отже, необхідно зауважити, що обдарованість – лише потенціал, який може сприяти успіху, а може й не реалізуватись. На сьогодні досить актуальним є поняття «творча особистість». Більшість авторів відзначають, що творчо 23 обдарована особистість – це людина, якій притаманні певні якості, здібності, особливості психічних процесів, завдяки яким її діяльність відзначається новизною, неповторністю, для якої потреба в творчості є життєвою необхідністю, а творчий стиль діяльності – характернішим. Творча особистість – це творчо активна особистість, яка справді боїться конфліктів із собою та навколишньою дійсністю. Характерними рисами творчої особистості є сміливість у розв'язанні проблеми, багата уява, без якої неможливе генерування оригінальної ідеї, завзяття в довершенні наміченого, незважаючи на можливі конфлікти з колегами і навіть із суспільною думкою. Риси творчої особистості: • готовність до ризику; • імпульсивність, оригінальність та незалежність суджень;

• нерівномірність успіхів у навчальних предметах; • почуття гумору та схильність до жарту; • небажання сприймати щось на віру, критичний погляд на такі речі, що немовби повинні стати «священними»; • сміливість уяви та думки. «Талановитий» та «обдарований» вживають як синоніми, але ці поняття не слід ототожнювати. Д. Б. Богоявленська під обдарованістю розуміє системну якість психіки, що розвивається протягом життя і визначає можливість досягнення людиною більш високих (незвичайних, неабияких) результатів в одному або декількох видах діяльності порівняно з іншими людьми». Обдарованість також трактують як сукупність здібностей, що дозволяють індивіду досягти вагомих результатів у одному або декількох видах діяльності, що є цінним для суспільства. Ця якість формується і виявляється в діяльності. Обдаровані діти – це діти, які різко виділяються із середовища ровесників розумовим розвитком, що є наслідком як природних задатків, так і сприятливих умов виховання. Обдарованими називають також дітей, які, на думку фахівців, через видатні здібності демонструють високі досягнення в одній або декількох сферах: інтелектуальній, у 24 сфері творчого або продуктивного мислення, організаторській, художній, спортивній та ін. Талановитий трактується як той, хто має дуже високий рівень здібностей до якої-небудь спеціальної діяльності (музичної, художньої, літературної, технічної, спортивної), причому ці здібності вже значною мірою встигли реалізуватися в конкретних суспільне значущих процесах. Крім того, в цей термін, звісно, вкладають ще дві ознаки: наявність виявленого творчого елемента і домінування природжених якостей. Обдаровані люди характеризується наполегливістю, надзвичайно розвиненою працьовитістю, глибоким і стійким інтересом до певної діяльності. 2. Моделі обдарованості. Види та ознаки обдарованості. Соціально-психологічні проблеми обдарованих дітей. До найпопулярніших моделей обдарованості належить концепція, розроблена американським ученим Джозефом Рензулі. Згідно з цією концепцією, обдарованість це не просто високий коефіцієнт інтелекту чи висока креативність, – це поєднання трьох основних характеристик: інтелектуальних здібностей, креативності та наполегливості плюс соціальні умови. Джозеф

Рензулі пропонує вважати обдарованими не тільки тих, хто за всіма трьома параметрами перевищує ровесників, а навіть тих, хто демонструє високий рівень хоча б за одним із них. Таким чином, контингент обдарованих значно розширюється. Визначають два основні типи обдарованості: • загальна (розумова); • спеціальна (соціальна, моторна, практична, художня). Чітких критеріїв обдарованості дотепер не вироблено, хоча більшість фахівців погоджуються з думкою, що обдарованим дітям притаманний випереджальний розвиток, тобто випередження своїх однолітків за низкою психічних параметрів. У пізнавальній сфері це виявляється у надзвичайній допитливості, здатності стежити за декількома процесами одночасно, активно досліджувати навколишній світ, сприймати зв'язки між явищами і робити відповідні висновки, створюючи в уяві альтернативні системи тощо. Перевищення середньовікових норм на стадії «прийому» інформації поєднується з відмінною 25 пам'яттю і раннім мовленнєвим розвитком, що сприяють накопиченню та інтенсивному використанню значного обсягу інформації. Крім того, обдарованих дітей зазвичай відрізняють зосередженість і велика завзятість у розв'язанні поставлених завдань, винахідливість і багата фантазія. Сьогодні існує декілька теоретичних моделей обдарованості, що визначають основні параметри, за якими будуються навчальні програми, педагогічні та соціальні технології роботи з обдарованими дітьми. Д.Б. Богоявленська виділила три головні види обдарованості: • академічна, що виявляється в швидкості та легкості опанування значного обсягу готових знань; • інтелектуальна, що полягає в особливій розумовій самостійності, у підвищеній критичності мислення, здатності самостійно глобально, по-філософськи осмислювати складні інтелектуальні проблеми; • творча, тобто здатність до творчої самореалізації в різних галузях життєдіяльності. До ознак, що засвідчують про можливу обдарованість у тій або іншій сфері слід віднести: • легкість навчання і засвоєння навчального матеріалу; • тривала концентрація уваги, багатий словниковий запас, здатність до абстрактного мислення; • схильність до дискусії з учнями і педагогами, неприйняття суворих вимог дисципліни; • допитливість, винахідливість,

наполегливість, цілісність, високі ідеали; • підвищене почуття гумору, гостра реакція на несправедливість тощо. У той же час, їм, як правило, бракує емоційного балансу, вони бувають нетерплячими, гипердинамічними, часто їм властиві перебільшені страхи і підвищена уразливість. Відмінними рисами обдарованих дітей інколи називають підвищений енергетичний рівень (тривалість сну, наприклад, у них менше, ніж в однолітків) або порівняно відносну нерівномірність (гетерохронність) розвитку різних психічних 26 функцій (наприклад, розвиток координації рухів може відставати від розвитку пізнавальних здібностей) тощо. Характерна особливість обдарованої дитини полягає в поєднанні у неї властивостей свого і подальшого віку. Як правило, в фізичному й емоційному розвитку обдаровані діти перебувають у межах своєї вікової норми, при цьому значно перевершуючи однолітків інтелектуально. Ця перевага часто призводить до розвитку в обдарованих дітей серйозних соціально-психологічних проблем: • емоційні, особистісні та інші психологічні бар'єри, що ускладнюють прояв творчої природи обдарованої дитини; • випереджальний розвиток, нетрадиційні погляди на навколишній світ і, як наслідок, відмову від підпорядкування загальним вимогам у школі; • шкільні труднощі внаслідок того, що діти з раннім розвитком думають значно швидше, ніж висловлюють свої думки; • нестабільність інтересів і поєднання їх широти з поверховістю знань; • прагнення до лідерства, часто з рисами диктаторства, що призводить до проблем міжособистісної комунікації; • іноді — занижена самооцінка, прагнення не «виділятися» серед однолітків; • невідповідність інтелектуальних, соціальних і етичних потреб обдарованої дитини до реального змісту шкільної програми і кола спілкування, що призводить до неприязні до школи й однолітків; • підвищена чутливість до різних подразників і стимулів, що часто вважається гіперактивністю. Наявність зазначених вище психологічних особливостей обдарованої дитини дозволяє стверджувати, що такі діти можуть і повинні бути включені до своєрідної «групи ризику», і для них необхідно спеціально розробляти технологію психологічного супроводу їх розвитку, як в умовах традиційних освітніх закладів, так і в спеціалізованих умовах. Робота

педагогів, психологів і соціальних працівників з обдарованими дітьми ускладнюється багатьма чинниками. Згідно із даними різних досліджень у цій галузі, наголошуються такі основні недоліки в педагогічній діяльності: 27 • учителі часто не прагнуть до виявлення обдарованих дітей у своєму класі; це часто пов'язано зі слабкою психологічною підготовкою, відсутністю систематичних знань про обдарованих дітей, недостатнім розвитком дослідницьких навичок, відсутністю методик навчання обдарованих дітей; • учитель часто не має нагоди організувати індивідуальне навчання обдарованої дитини. Разом із тим, більшість педагогів відзначають, що наявність у класі обдарованої дитини стимулює вчителя під час підготовки до уроків і в цілому позитивно впливає на загальний інтелектуальний рівень класу. Виявлення, вивчення і підтримка обдарованих дітей сьогодні в багатьох країнах здійснюються за рахунок спеціально розроблених державних програм. Для визначення здібностей і обдарованості використовуються спеціальні методики. Тривалий час інтелект розглядали як головний показник обдарованості. У наш час визначилися дві основні тенденції в дослідженні дитячої обдарованості: більшу увагу привертають так звані «неінтелектуальні» чинники інтелекту (тобто значення тих або інших якостей особистості для розвитку здібностей), і посилюється інтерес до природних передумов інтелекту. Проблема наслідуванння здібностей і обдарованості дуже складна, і не завжди спадковий потенціал є гарантією майбутньої творчої продуктивності. Якою мірою творчі імпульси перетворяться на творчу індивідуальність, багато в чому залежить від впливу оточуючих. Інколи обдаровані діти не демонструють високих досягнень через відсутність інтенсивної та постійної педагогічної підтримки. Те, що обдаровані діти здатні самі розв'язувати складні ситуації, особливо в період інтенсивного формування особистості (вік від 2 до 7 років) є дуже шкідливим. Час вступу до школи, підлітковий період, коли можливі особливо яскраві прояви законів гетерохронності (нерівномірність) індивідуального розвитку, можуть виявитися періодами найбільших стресів для обдарованих дітей. Особливу проблему становить поєднання обдарованості з ранніми проявами у дітей

психічної патології, у тому числі спадково обумовленою. Думки, що стосуються термінів початку 28 навчання обдарованих дітей, досить суперечливі. Деякі вчені вважають, що умови раннього навчання найбільш сприятливі для юних музикантів і математиків. Таланти в гуманітарній галузі виявляються пізніше, і скорочення дошкільного періоду не завжди сприяє їх розвитку. Кожен з обдарованих учнів вимагає індивідуального підходу. Фахівці, які працюють з обдарованими дітьми, зазначають, що найчастіше такі діти зростають в інтелігентних сім'ях. І справа тут зовсім не в особливих генах геніальності – їх природа розподілила між усіма дітьми порівну. Справа – у родинній атмосфері, у системі родинних цінностей. Узагалі всі батьки хотіли б розвивати в своїй дитині пізнавальні потреби і різні здібності. Але роблять вони це порізному: 1. Батьки постійно пропонують дітям певні розвивальні ігри і завдання: зробимо те-то, пограємо в цю гру, почитаємо цю книгу, відвідаємо цей музей... За певної наполегливості й послідовності така стратегія є результативною. Але нерідко у дитини виникає внутрішній протест, навіть при зовнішній покірливості. Інколи це передається через підвищену стомлюваність дитини від будь-яких інтелектуальних занять. 2. Батьки доручають визначення здібностей і розвиток їх у дитині спеціально підготовленим людям. Таких послуг пропонується зараз дуже багато. Це і групи розвитку для дошкільників, і групи підготовки до школи, і всілякі спеціалізовані класи в школах. Зрозуміло, при хорошому рівні таких послуг користь для дитини безперечна. Але за умови, що батьки не збираються повністю перекласти турботи про її розвиток на плечі фахівців. 3. Батьки не намагаються тотально контролювати розвиток здібностей дитини, проте надають їй можливості для вибору і добирають відповідну школу. Найголовніше в таких сім'ях — атмосфера яскравих пізнавальних інтересів самих батьків. Вони самі постійно захоплені якоюсь справою, багато читають, серед телепрограм обирають пізнавальні передачі, прагнуть відвідати нову виставку, не нав'язуючи все це дитині, але надаючи їй можливість самій знайти відповідне заняття. Як виявилось, така стратегія саморозвитку – найефективніша. 29 У наш час ведуться успішні пошуки в галузі педагогічних інновацій, розробки різних психолого-

педагогічних технологій, спрямованих на розвиток собистості дитини, при цьому особливе місце посідає особистісно орієнтований підхід у навчанні дітей. Найуспішніше робота з обдарованими дітьми проводиться в освітніх закладах підвищеного рівня навчання (ліцеї, коледжі, гімназії, авторські школи, школи з поглибленим вивченням окремих предметів та ін.), що більшою мірою сприяють продуктивному особистісному пізнавальному розвитку, ніж система організації шкільного життя, що існує в сучасній загальноосвітній школі. Робота з обдарованими учнями розв'язує одне із завдань сучасної школи — завдання індивідуалізації та диференціації навчання школярів. 3. Структурні компоненти моделі «Обдарованість». Принципи виявлення обдарованих особистостей. Структурними компонентами моделі «Обдарованість» є: Інтелектуальні здібності: • Пізнавальний інтерес • Ерудиція • Нестандартність мислення • Здатність до абстрагування • Діалектичне бачення • Комунікативність Творчий потенціал: • Ініціативність • Оригінальність • Цілеспрямованість • Наполегливість • Допитливість • Самоаналіз • Неординарність підходів Психофізичні властивості: • Високий рівень свідомості • Високий рівень духовної культури • Почуття відповідальності 30 • Активність • Загальнолюдські якості Світоглядні цінності: • Інтуїтивність • Чуттєве сприйняття Природні потреби в розумовій праці: • Природні задатки Принципи виявлення обдарованих та здібних дітей. Під час проведення діагностики обдарованості молодшого школяра необхідно дотримуватись принципів виявлення обдарованих дітей: • комплексний характер оцінювання різних аспектів поведінки та діяльності; • тривалість ідентифікації; • аналіз дій дитини у тих сферах діяльності, що максимально відповідають її нахилам і здібностям; • використання тестів та тренінгових методик; • переважна опора на сучасні методи діагностики. Система пошуку обдарованих дітей у загальноосвітньому закладі включає: Урок – рівень творчості, нестандартності мислення, пізнавального інтересу. Результати письмових робіт – інтелект, ерудиція, лексика, природні задатки. Учнівські олімпіади, конкурси – інтелектуальні

здібності, нестандартність мислення, неординарність підходів. Анкетування, тестування – лідерські якості, оригінальність, ерудиція, об'єктивність самоаналізу. Бібліотека, інтернет ресурси – вивчення запитів, інтересів,допитливост. Виховна робота – рівень активності, ініціативності, свідомості, відповідальності, наявність інших загальнолюдських якостей. О. Савенков виділяє три групи особистісних характеристик інтелектуальнотворчого потенціалу дитини: 31 • інтерактивні особистісні характеристики (допитливість, надчутливість до проблем, прогнозування, словниковий запас, здатність до оцінювання); • характеристики сфери розумового розвитку (оригінальність мислення, гнучкість мислення, продуктивність мислення, класифікація і категоризація, висока концентрація уваги, пам'ять); • характеристика сфери особистого розвитку (захопленість завданням, перфекціонізм – прагнення доводити продукт будьякої своєї діяльності відповідно до найвищих вимог, нонконформізм – прагнення протистояти думці більшості, лідерство, змагальність, широта інтересів, гумор). Отже, система психічних характеристик складає основу особистісного потенціалу дитини, її обдарованості. Виявляючи обдарованих і здібних дітей, необхідно відстежувати і вивчати такі характерні особливості: • інтелект; • креативність; • соціальна компетентність; • психологічні здібності; • некогнітивні особливості характеристики (використання опитувальників); • характеристики шкільного і сімейного оточення; • досягнення, захоплення. У всіх обдарованих дітей добре виражена пошукова потреба. Вони відчувають яскраві, насичені емоції під час заняття певною діяльністю. Окрім цього, їх відрізняє надзвичайна цілеспрямованість, здатність до тривалої концентрації уваги, уміння управляти своєю діяльністю (у певній галузі). Обдарованість інтелектуальна і обдарованість творча безпосередньо не пов'язані між собою. Відомий дослідник в галузі творчих здібностей Е. Торренс зазначав, що якби ми виявляли обдарованих дітей за допомогою тестів, то ми б відсіяли 70 % найбільш творчих із них. У якій сфері обдарована дитина проявить себе? Про це можна дізнатися за спостереженнями або результатами спеціальних тестів. Але не варто

нав'язувати дитині результатів 32 своїх спостережень або тестів, доречніше створити умови для широкого прояву її можливостей. 4. Категорії та сфери обдарованості учнів. Характерні особливості обдарованих дітей. Процеси перебудови в Україні обумовили нові тенденції в розвитку освіти. Потреба суспільства в творчих, діяльних і обдарованих, інтелектуально розвинених громадянах, оновлення національної свідомості, відродження духовності викликали необхідність появи нових концепцій шкіл та інших закладів освіти. Центром концепції розвитку навчальних закладів нового типу є творча особистість, робота з тими дітьми, які виділяються насамперед підвищеним рівнем розумового розвитку. Загальна розумова обдарованість викликає найбільший і цілком зрозумілий інтерес у нашій країні. Іноді цих дітей ми називаємо обдарованими дітьми. Існують три категорії обдарованих дітей (за М. С. Лейтесом): • з ранньою розумовою реалізацією; • з прискореним розумовим розвитком; • з прискореними ознаками нестандартних здібностей. М. С. Лейтес до сфер обдарованості відносить: • інтелектуальну; • академічні досягнення; • творчість (креативність); • рухова; • художня діяльність; • спілкування. Діти з ранньою розумовою реалізацією – це учні, у яких за звичайного рівня інтелекту спостерігаються особливі «тяжіння», інтерес до якого-небудь окремого навчального предмета (до якоїнебудь галузі науки чи техніки). Такий учень (нерідко, починаючи з середніх класів) пристрасно захоплюється математикою, фізикою, біологією чи мовою, літературою, історією. Діти з прискореним розумовим розвитком – це учні, які за однакових умов різко виділяються високим рівнем інтелекту, особливо вони бувають помітними в молодших класах. За даними 33 психологів, прискорений розвиток інтелекту завжди пов'язаний із великою розумовою активністю, з високою пізнавальною потребою. Зі «свого» предмета така дитина, значно випереджаючи ровесників, може виділятись легкістю, з якою їй дається специфіка матеріалу, поглибленістю інтересу. Уроки з інших предметів можуть її обтяжувати. Діти з окремими ознаками нестандартних здібностей не виділяються своїми розумовими особливостями, не випереджають ровесників у загальному розвитку інтелекту і

не виявляють яскравих успіхів із того чи іншого навчального предмета, але відрізняються особливими якостями окремих психологічних процесів (надзвичайна пам'ять щодо певних об'єктів, багатство уяви або здатність до спостереження). Серед таких школярів зустрічаються діти з нелегким характером, незалежні, уперті, недостатньо контактні. Обдаровані діти виявляються найяскравіше в таких сферах діяльності: інтелектуальній, академічних досягнень, творчості (креативності), комунікації та лідерстві, в різних видах діяльності та руховій сфері. 1. Інтелектуальна сфера. Обдарована дитина відрізняється гарною пам'яттю, жвавим мисленням, допитливістю, добре розв'язує задачі, зв'язано викладає свої думки, може мати здібності практично застосувати знання. 2. Сфера академічних досягнень — це успіхи в опануванні читання, математики, природознавства. 3. Творчість (креативність). Дитина дуже допитлива, виявляє незалежність і оригінальність, висловлює оригінальні ідеї. 4. Спілкування. Добре пристосовується до нових ситуацій, легко спілкується з дорослими та однолітками, виявляє лідерство в іграх та заняттях із дітьми, ініціативна, бере на себе відповідальність за свої дії. 5. Сфера художньої діяльності. Дитина виявляє великий інтерес до візуальної інформації, захоплюється художніми заняттями, її роботи вирізняються 34 оригінальністю. Виявляє інтерес до музики, легко відтворює мелодії, із задоволенням співає, намагається створювати музику. 6. Рухова сфера. Дрібна і точна моторика, чітка зорова-моторна координація, широкий діапазон рухів, добре володіє тілом, високий рівень розвитку основних рухових навичок. Характерні особливості обдарованих дітей: 1) мають гарну пам'ять, особистий світогляд, добре розвинуте абстрактне мислення. 2) добре розвинута свідомість, теоретичний спосіб мислення; 3) велика активність, вони завжди чимось зайняті, прагнуть працювати більше за інших або займають себе самі, інколи справами, що безпосередньо не стосуються уроку; 4) висувають до себе високі вимоги, у них гостро розвинене почуття справедливості, боляче сприймають суспільну несправедливість; 5) наполегливі в досягненні результату у сфері, що їх цікавить, для них характерний творчий пошук; 6) хочуть навчатися і досягають у цьому

успіхів, навчання дає їм задоволення; 7) здатні краще за інших займатися самостійною діяльністю, особливо в галузі літератури, математики, проведенні дослідів; 8) вміють критично оцінювати навколишню діяльність і прагнуть проникнути у суть речей і явищ, фантазувати; 9) ставлять багато запитань і зацікавлені у позитивних відповідях на них; 10) урок для них особливо цікавий тоді, коли використовується дослідницький метод; 11) із задоволенням виконують складні та довгострокові завдання; 12) виявляють стійкий інтерес до читання, мають значний за обсягом словниковий запас; 13) уміють швидко виділяти найбільш значущі відомості, намагаються самостійно знайти важливі джерела інформації; 14) чимало з них ставлять перед собою завдання, виконання яких вимагає багато часу; 15) притаманне почуття гумору, вони мають добре здоров'я, життєрадісні, хоча зрідка трапляються діти зі слабким здоров'ям; 35 16) перебільшене почуття страху, емоційна незбалансованість порівняно з їхніми однолітками. 5. Дидактичні принципи навчання і виховання обдарованих дітей. Методи дослідження інтелекту та креативності. Дидактичні принципи навчання і виховання обдарованих дітей. Навчання і виховання обдарованих дітей необхідно здійснювати з опорою на такі дидактичні принципи: - Індивідуалізація і диференціація навчання. - Довіра і підтримка. - Залучення обдарованих дітей до участі у житті загальноосвітнього навчального закладу. Методи дослідження інтелекту і креативності обдарованих дітей. У зв'язку з теоретичним розширенням поняття обдарованості та проблеми розпізнавання обдарованих дітей виникає необхідність удосконалення стратегії виявлення обдарованості. Для цього використовуються тести щодо інтелектуальних і творчих здібностей дітей. Тести Е. Торенса на дослідження креативного мислення є найпоширенішими як за кордоном, так і в Україні. На його думку: «Креативність – це означає копати глибше, дивитися краще, виправляти помилки, розмовляти з кішкою, пірнати в глибину, проходити крізь стіни, запалювати сонце, будувати замок на піску, вітати майбутнє». Показники креативноті Показник побіжності (швидкості, продуктивності) відображає здатність до висунення безлічі ідей, втілених у словесних формулюваннях або у вигляді малюнків, і вимірюється

кількістю результатів, відповідних до вимог завдання. Цей показник корисний перш за все тим, що він дозволяє зрозуміти інші показники. Імпульсні, банальні та навіть дурні відповіді дозволяють отримати високий бал за цією шкалою. Проте такі відповіді призводять до низьких показників гнучкості, оригінальності та розробленості. Низькі значення побіжності можуть бути пов'язані з детальною розробленістю відповідей у малюнкових завданнях, але можуть також спостерігатися у 36 загальмованих, інертних або недостатньо вмотивованих випробовуваннях. Показник гнучкості оцінює здатність висувати різноманітні ідеї, переходити від одного аспекту проблеми до іншого, використовувати різноманітні стратегії розв'язання проблем. Іноді корисно оцінити цей показник щодо побіжності, оскільки один і той же показник різноманітності може спостерігатися при неоднаковій загальній кількості висунутих ідей. Низькі показники гнучкості можуть свідчити про ригідність (в'язкість) мислення, низьку інформованість, обмеженість інтелектуального розвитку або низьку мотивацію. Високі значення припускають протилежні характеристики, але надзвичайно висока гнучкість може відображати розбіжність думок випробовуваного стосовно різних аспектів і нездатність дотримуватися єдиної лінії в мисленні. Інтерпретація цього показника однакова у вербальних і невербальних тестах, проте його значення можуть не збігатися. Гнучкість у поглядах і діях з образами не пов'язана з легкістю зміни аспектів у словесній сфері. Оригінальність характеризує здатність до висунення ідей, що відрізняються від очевидних, банальних або усталених. Учні, які отримують високі бали з оригінальності, зазвичай, характеризуються високою інтелектуальною активністю. Вони здатні робити великі розумові «стрибки» або «зрізати кути» під час пошуку рішень. Під час аналізу доволі цікавими є співвіднесення показнику оригінальності з показниками побіжності та розробленості. При цьому можуть бути виявлені найрізноманітніші варіанти поєднань. Слід ураховувати, що надзвичайно висока оригінальність відповідей може спостерігатися за деяких психічних або невротичних розладів. Тому ще раз слід підкреслити необхідність різностороннього обстеження. Показник розробленості, деталізації ідей

використовується тільки для оцінювання фігурних тестів, але багато дослідників уважають його досить корисним. Високі значення цього показника характерні для учнів із високою успішністю, для тих, 37 хто здатен займатися винахідницькою і конструктивною діяльністю. Індивідуальні особливості учнів можуть бути оцінені під час порівняння даних вербальних і фігурних тестів. Діти з низькими балами за вербальною шкалою і високими – за фігурною часто зазнають труднощів під час виконання інтелектуальних тестів і в шкільному навчанні, хоча деякі вчителі інтуїтивно вважають їх обдарованими. Серед освіченіших і успішніших у школі дітей часто зустрічаються протилежні випадки: високих показників творчості у вербальній сфері та низьких – в наочно-образній. Визначення здібностей Якщо ваша дитина не виявляє якоїсь особливої обдарованості, це не є приводом називати її ні до чого не здатною. Найчастіше дорослі звертають увагу на схильності та здатності дитини до математики або до опанування іноземної мови, до літературної або образотворчої творчості. Значно рідше відзначають схильність дитини до експериментування, її організаторські та лідерські здібності... Здебільшого творчість дітей у цих галузях зовсім не заохочується батьками і педагогами. У більшості школярів індивідуальні переваги у навчальних предметах або позашкільних заняттях виявляються до моменту закінчення початкової школи. Якщо цього не сталося, варто звернутися за консультацією до фахівця або спробувати самотужки визначити здібності та схильності дитини за допомогою спеціальної анкети. Ви обов'язково виявите у неї сильніші сторони, що потрібно підримувати і розвивати. Так можна підвищити її впевненість у собі, скоригувати самооцінку, подолати байдужість до навчальних предметів, організувати її дозвілля. 6. Структурно-функціональні етапи розвитку творчої особистості. Робота з батьками обдарованих дітей. До структурно-функціональних етапів розвитку творчої особистості слід віднести: • Пробудження — накопичення сенсорного, емоційного, інтелектуального досвіду як першооснови для творчості; важливий момент — інформаційно багатий простір. 38 • Наслідування, імітація — засвоєння еталонів творчої діяльності, технологій, засобів; головне на цьому етапі — технологічний досвід дитини. •

Перетворення — застосування засвоєних еталонів та їх трансформування в нових особистісно-значущих умовах відповідно до індивідуальних особливостей, можливостей, потреб. • Альтернативний етап — індивідуалізація, гармонізація творчої діяльності, становлення творчої індивідуальності, власного неповторного стилю. У зв'язку з цим необхідно враховувати завдання щодо розвитку здібностей дитини, її творчої обдарованості, починаючи з сімейного виховання. Робота з батьками обдарованих дітей. Поради батькам, які турбуються про розумове здоров'я та щастя обдарованих дітей Розвиток обдарованих дітей гальмується здебільшого через відсутність соціально-матеріальної бази, потрібної для вияву різнобічних талантів дітей, їхньої творчості, а також через формалізовану, механізовану та автоматизовану систему навчання, поневолення дитячої обдарованості бездуховною масовою культурою, відсутність психологічної допомоги дітям у подоланні комплексу неповноцінності. У вихованні цієї категорії дітей особлива відповідальність лягає на сім'ю. Як ми уже зазначили, фахівці, які працюють із обдарованими дітьми (педагоги, психологи, соціальні працівники), давно помітили, що найчастіше вони зростають в інтелігентних сім'ях. І справа тут зовсім не в особливих генах геніальності – їх природа розподілила між усіма дітьми порівну. Справа – у родинній атмосфері, у системі родинних цінностей. Неправильний підхід до талановитих дітей у родинному колі, їх обожнювання призводять до негативних наслідків. А. Макаренко у «Книзі для батьків» наводить приклад виховання єдиного сина в сім'ї Кетових. Завдяки детально продуманій системі виховання Вітько швидко випередив однолітків у навчанні. У п'ять років він правильно говорив російською і німецькою мовами, в десять – почав ознайомлюватися з класичною літературою, у дванадцять – читав в оригіналі Шекспіра, «перескочив» через десятий клас, а в сімнадцять 39 вступив на фізико-математичний факультет університету, уразивши професорів своєю обдарованістю та ерудицією. Проте він сформувався як егоїст, холодний цинік, байдужий до всього і до всіх. Головним для нього був він сам, його успіхи й задоволення, тому він бездушно відмовився принести з аптеки ліки хворому

батькові. Щоб позбутися негативних наслідків у вихованні обдарованих дітей, надамо кілька порад для батьків: 1. Будинок обдарованої дитини – це тил, у якому на неї чекає турбота, захист, підтримка, розуміння. 2. Підтримуйте здібності дитини до творчості. Не давайте негативної оцінки творчим спробам дитини. 3. Будьте терплячими до особливих, інколи безглуздих ідей, поважайте допитливість, запитання дитини. Намагайтесь відповісти на всі «дикі» запитання. 4. Пам'ятайте, що обдаровані діти все люблять робити самостійно. 5. Допомагайте дитині поважати себе та свої ідеї, а також ідеї та думки інших. 6. Допомагайте у задоволенні основних людських потреб (почуття безпеки, любов, повага до себе та оточуючих). Якщо все це відсутнє, то дитина не досягне самовизначення. 7. Поясніть, що на низку питань не можна дати відповіді чи дати однозначної відповіді. 8. Допоможіть дитині стати «розумним авантюристом», тобто інколи ризикувати, користуватися інтуїцією у процесі пізнання. 9. Підтримуйте необхідну для творчості атмосферу, допомагайте усунутись від негативного ставлення інших дітей, зменшити соціальне тертя. 10. Обдарована дитина повинна мати друзів, компаньйонів. 11. Доведіть до відома обдарованих дітей прийоми, що допоможуть їм виходити зі скрутного становища. Звісно, розвиток дитини не може обмежуватися лише сім'єю. Рано чи пізно обдарована дитина піде до школи. До того ж, не будь-який вид обдарованості стосується школи і знаходить там умови для розвитку. Наприклад, так звана соціальна (лідерська) обдарованість із зрозумілих причин не завжди 40 заохочується як педагогами, та і батьками. Вони просто не знають, як бути з такими дітьми. Обдарованість, що рано виявилася в галузі мистецтв (музична, художня, акторська) або в спорті, школи теж, мабуть, не стосується. Часто така дитина почувається в школі не дуже комфортно: через постійну зайнятість вона менше спілкується з однокласниками, нерідко пропускає заняття у зв'язку з концертами або змаганнями. У таких дітей часто виникають емоційні проблеми через високу конкуренцію з іншими дітьми в своїй «галузі». Тому для успіху дитини в загальноосвітній школі важливі інші типи обдарованості. Є діти з яскраво вираженою здатністю вчитися, засвоювати запропонований їм навчальний

матеріал. Причому вони виявляють таку здатність незалежно від складності предмета і власних інтересів. Це так звана академічна обдарованість. У дітей із цим видом обдарованості шкільне життя значно легше, їх успіхи радують батьків, а згодом їм простіше отримати певну спеціальність і досягти успіхів у роботі. Уважається, що чогось особливого такі діти зазвичай не досягають. Інших школярів відрізняє особлива інтелектуальна обдарованість, уміння мислити, порівнювати, виділяти головне, робити самостійні висновки, прогнозувати тощо. Але, на жаль, успіхи таких дітей найчастіше залежать від їх ставлення, інтересу до предмета і до вчителя. Вони можуть вчитися нерівно (то «дванадцять», то «два»): дуже добре з одного предмета і так собі – з іншого. Особливий вид обдарованості – творча обдарованість. Це не лише здатність до образотворчої, музичної або літературної діяльності. Творча обдарованість – це, перш за все, нестандартне сприйняття світу, оригінальність мислення, насичене емоційне життя. Обдарованим дітям у школі живеться анітрохи не легше, ніж будь-якій іншій дитині. При цьому у дітей із конкретним видом обдарованості проблеми адаптації можуть різнитися. Мабуть, найлегше в школі адаптуються «академічно обдаровані» . У них немає особливих проблем у спілкуванні з однолітками – вони 41 завжди готові щось роз'яснити, допомогти, навіть «дати списати». І їхні позашкільні інтереси зазвичай не відрізняються від інтересів однокласників. До «інтелектуалів» у школах ставляться поблажливо. Захоплюються їхніми здібностями в одній галузі (наприклад, фізиці або математиці) і прощають інколи цілковиту неуспішність у чомусь іншому (наприклад неграмотність). Нерідко вони мають блискучі успіхи на олімпіадах різного рівня. Ці діти часто настільки зайняті своїми інтелектуальними захопленнями, що не відчувають особливої потреби в увазі з боку однокласників. Спортивні й музичні здібності у дітей виявляються досить рано. Якщо такі школярі досягають дуже високих результатів у своїй галузі, звичайну школу вони майже не відвідують через свою зайнятість. Однокласникам і вчителям залишається захоплюватися їхніми досягненнями здалеку. Такі діти нерідко відчувають емоційне неблагополуччя через високу конкуренцію в своєму

«професійному» середовищі. Психологи вважають, що творчо обдаровані діти у звичайній школі не отримують належного розуміння з боку дорослих і однолітків, зазнають кепкувань і мало не цькувань. Не всі фахівці згодні з цією точкою зору. Якщо дитина талановита, то це не означає автоматично, що вона буде некомпетентною у спілкуванні з однолітками. Інколи такі діти є зарозумілими стосовно оточуючих. («Про що з ними говорити?») або до своїх вчителів («Чого вони мене можуть навчити?»). У цьому випадку обов'язково виникатимуть проблеми у спілкуванні. Але це швидше за все — недоліки сімейного виховання, а зовсім не ознака творчої обдарованості. Найчастіше діти з художніми, артистичними, поетичними здібностями користуються заслуженим авторитетом у своєму класі, популярністю в школі й усілякою підтримкою з боку педагогів. 7. Особливості роботи з обдарованими дітьми. Форми і методи роботи з обдарованими дітьми. Поради педагогічному працівнику. Вступ до школи є критичним періодом для шестирічної дитини, адже для успішного розв'язання проблеми обдарованості 42 необхідна психолого-педагогічна підтримка дітей. Тому вчителям початкової школи, соціальним працівникам необхідно: • протягом першого року навчання виявити рівень творчих можливостей, особистісні властивості, спеціальні інтереси та нахили дитини; • розробити спеціальні навчальні матеріали для розвитку обдарованої дитини в початковій школі, що забезпечують закріплення й розвиток творчої обдарованості та спеціальних здібностей; • визначити методи, що сприяють розвитку можливостей самовираження обдарованої дитини; • сприяти прояву і реалізації широкого спектру захоплень дитини; • спільно з батьками підтримувати обдаровану дитину в реалізації інтересів у школі та сім'ї; • проводити різноманітні заняття для розвитку творчої обдарованості дитини. Дослідження і практика свідчать, що розвиток творчої обдарованості може бути затриманий, а іноді і втрачений на будьякому етапі розвитку дитини. Багато спеціалістів одностайні з приводу причин, що заважають оптимальній реалізації природних задатків дитини, що їх можна розподілити на три категорії: • методика викладання та навчальні програми не відповідають запитам обдарованих дітей; •

у містах із низьким рівнем освіти розвиток дитини не стимулюється її оточенням, тому вона не може високо оцінити значення освіти; • психологічні передумови, що заважають реалізації здібностей дитини, часто закладаються в сім'ї. Батькам необхідні знання і навички, що дозволяють забезпечити належний розвиток їхніх обдарованих дітей. Розвиток обдарованості може бути ефективнішим при дотриманні певних умов. Більшість дослідників проблеми обдарованості свідчать про те, що ефективності роботи з обдарованим дітьми сприяють: • своєчасна діагностика інтелектуальних особливостей і здібностей учня; 43 • гуманне співробітництво учителя та учня; • взаємодія педагогів і батьків; • створення для учня ситуацій упевненості в собі; • забезпечення учневі права на пошук і помилку без зниження оцінки, надання можливості виправлення помилки і підвищення оцінки; • використання такої системи управління пізнавальною діяльністю і заохочення її результатів, що перетворюють ситуативну впевненість на стійку; • підтримка ініціативи дитини у всіх видах діяльності; • гуманізація сфери спілкування з однолітками та дорослими; • надання можливості реалізації фізичної активності; • навчання прийомів самостійної роботи, способів самоконтролю, дослідницької діяльності, уміння отримувати знання самостійно; • відсутність демонстрації виняткових досягнень, що спричиняють ревність і неприйняття однокласниками, але разом із цим і неприпустимість зменшення досягнень та унікальних здібностей. Для якісної організації роботи з обдарованими дітьми використовують відповідні стратегії навчання: 1) стратегії навчання, що спираються на кількісні зміни: • прискорення – передбачає збільшення темпу освоєння навчального матеріалу; • інтенсифікація – передбачає зміну не темпу засвоєння, а збільшення обсягу навчального матеріалу, тобто підвищення інтенсивності навчання; 2) стратегії, що спираються на якісні зміни: • диференціація навчання; • індивідуалізація навчання. Яку б стратегію навчання не використовували педагоги, необхідно пам'ятати про формування соціальної компетентності: здатність розбиратися в людях і встановлювати з ними ефективні ділові взаємини. Емпатія (здатність до співпереживання), активна, ділова доброта – одні з головних ознак соціальної

компетентності. Працюючи з обдарованими дітьми, необхідно використовувати активні й інтерактивні методи, методи активізації творчого пошуку, до яких належать: метод 44 евристичної загадки, метод «мозкової атаки», метод синектики, метод гірлянд запитань, метод ліквідації безвихідних ситуацій тощо. В обдарованої дитини існує багато проблем, які можна розв'язати, якщо оточення поважатиме дитину як особисту цінність, якщо дитина відчуватиме, що її не тільки доброзичливо сприймають, але й люблять та намагаються зрозуміти, підтримують у процесі пізнання, не обмежуючи при цьому її внутрішню свободу. Саме тоді слово «неможливо» можна замінити на – «чудово», «цікаво», «дивовижно », « захоплююче ». Таким чином, умовами успішної роботи з обдарованими дітьми є: • осмислення значення розвитку обдарованих дітей кожним членом колективу і посилення у зв'язку з цим уваги до проблеми формування позитивної мотивації навчання; • визнання того, що система роботи з обдарованими учнями – один із пріоритетних напрямів роботи школи; • постійне вдосконалення науково-методичної роботи та освітнього процесу загальноосвітніх навчальних закладів; • залучення до роботи з обдарованими учнями вчителів, які мають високі професійні та особистісні якості, а також «вузьких» спеціалістів (психологів, керівників предметних гуртків тощо). Форми і методи роботи з обдарованими дітьми. Найважливішою проблемою нашого суспільства є збереження і розвиток обдарованості. Перед учителями класів постає основне завдання: сприяти розвитку кожної дитини. Тому важливо встановити рівень здібностей та їх різноманітність у наших дітей, але не менш важливо вміти правильно здійснювати їхній розвиток. В обдарованих дітей чітко виявляється потреба в дослідницькій і пошуковій активності – це одна з умов, що дозволяє учневі зануритися в творчий процес навчання і виховує в ньому жагу до знань, прагнення до відкриттів, активної розумової праці та самопізнання. У навчальному процесі розвиток обдарованої дитини слід розглядати як розвиток її внутрішнього діяльнісного потенціалу, здатності бути автором, активним творцем свого життя, уміти ставити мету, шукати способи її досягнення, бути здатним вільно 45 обрати і відповідати за нього, максимально

використовувати свої здібності. Саме тому методи і форми роботи вчителя повинні сприяти розв'язанню поставлених завдань. Для цієї категорії дітей застосовуються такі методи роботи: • дослідницький; • частково-пошуковий; • проблемний; • проектний. Форми роботи: 1. Класно-урочна (робота в парах, у малих групах), різнорівневі завдання, творчі завдання. 2. Консультації за проблемою, що виникла. 3. Наукові гуртки. 4. Дискусії. 5. Ігри. Ефективними є і такі форми роботи, як: • предметні олімпіади; • інтелектуальні марафони; • різні конкурси і вікторини; • словесні ігри і забави; • проекти з різної тематики; • рольові ігри; • індивідуальні творчі завдання тощо. Ці методи і форми дають можливість обдарованим дітям обрати відповідні форми і види творчої діяльності. Поради педагогічному працівникові. Учителеві для роботи з обдарованими дітьми необхідно мати певні якості: 1. Учитель не повинен вихваляти кращого учня. Не потрібно вирізняти обдаровану дитину за індивідуальні успіхи, краще заохотити спільні заняття з іншими дітьми. 2. Учителеві не варто приділяти багато уваги навчанню з елементами змагання. Обдарована дитина частіше від решти дітей ставатиме переможцем, що може викликати неприязнь до неї інших учнів. 3. Учитель не повинен робити з обдарованої дитини «вундеркінда». 46 Недоречне акцентування на її винятковості спричиняє роздратованість, ревнощі друзів, однокласників. Інша крайність – зловмисне прилюдне приниження унікальних здібностей – звісно, неприпустима. 4. Учителеві необхідно пам'ятати, що здебільшого обдаровані діти погано сприймають суворо регламентовані заняття, що повторюються. Як розвивати творчі здібності обдарованих дітей: 1. Підхоплюйте думки учнів й оцінюйте їх одразу, наголошуючи на їх оригінальності, важливості тощо. 2. Підкреслюйте інтерес дітей до нового. 3. Заохочуйте оперування предметами, матеріалами, ідеями. Нехай дитина практично розв'язує дослідницькі завдання. 4. Навчайте дітей систематичної самооцінки кожної думки. Ніколи не відкидайте її. 5. Виробляйте у дітей терпиме ставлення до нових понять, думок. 6. Не вимагайте запам'ятовування схем, таблиць, формул, одностороннього рішення там, де є багатоваріативні способи. 7. Культивуйте творчу атмосферу – учні

повинні знати, що творчі пропозиції, думки клас визнає, приймає їх, використовує. 8. Учіть дітей цінувати власні та чужі думки. Важливо занотовувати їх у блокноті. 9. Іноді ровесники ставляться до здібних дітей агресивно, тому це необхідно попередити. Найкращим засобом є пояснення обдарованій дитині, що це може статися, і розвивати у неї терпимість і впевненість. 10. Пропонуйте цікаві факти, випадки, технічні та наукові ідеї. 11. Розсіюйте страх у талановитих дітей. 12. Стимулюйте та підтримуйте ініціативу учнів, самостійність. Пропонуйте проекти, що можуть захоплювати. 13. Створюйте проблемні ситуації, що вимагають альтернативи, прогнозування, уяви. 14. Створюйте в школі періоди творчої активності, адже більшість геніальних рішень з'являється саме в такий момент. 15. Допомагайте опановувати технічні засоби для записів. 16. Розвивайте критичне сприйняття дійсності. 17. Учіть доводити розпочате до логічного завершення. 18. Впливайте особистим прикладом. 19. Під час занять чітко контролюйте досягнуті результати та давайте завдання підвищеної складності, створюйте ситуації самоаналізу, самооцінки, самопізнання. 20. Залучайте до роботи з розроблення та впровадження власних творчих задумів й ініціатив, створюйте ситуації вільного вибору і відповідальності за обране рішення. 21. Використовуйте творчу діяльність вихованців під час проведення різних видів масових заходів, відкритих та семінарських занять, свят. 22. Під час опрацювання програмового матеріалу залучайте учнів до творчої пошукової роботи з використанням випереджальних завдань, створюйте розвивальні ситуації. 23. Активно залучайте до участі в районних, обласних, Усеукраїнських конкурсах, змаганнях, виставках. 24. Відзначайте досягнення вихованців, підтримуйте та стимулюйте активність, ініціативу, пошук. Якості, якими має володіти вчитель та соціальний працівник для роботи з обдарованими дітьми: 1. Бути доброзичливим і чуйним. 2. Розбиратися в особливостях психології обдарованих дітей, відчувати їхні потреби та інтереси. 3. Мати високий рівень інтелектуального розвитку. 4. Мати широке коло інтересів. 5. Бути готовим до виконання різноманітних обов'язків, пов'язаних із навчанням обдарованих дітей. 6. Мати педагогічну і спеціальну

освіту. 7. Володіти почуттям гумору. 8. Мати живий та активний характер. 9. Виявляти гнучкість, бути готовим до перегляду своїх поглядів і до постійного самовдосконалення. 10. Мати творчий, можливо, нетрадиційний особистий світогляд. 11. Бути цілеспрямованим і наполегливим. 12. Володіти емоційною стабільністю. 13. Уміти переконувати. 14. Мати схильність до самоаналізу. Коли дитина вступає до школи, важливим завданням є не лише визначення рівня її готовності до шкільного навчання, але також рівень її творчих можливостей, індивідуальні особливості, спеціальні інтереси і здібності. Дуже важливою складовою вважається психологічна підготовка вчителів початкової школи до організації навчальної та виховної роботи з обдарованими і талановитими дітьми, особливо якщо вона відбувається в умовах не диференційованого класу. Слід розробити спеціальні навчальні матеріали для розвитку обдарованої дитини в початковій школі, що забезпечують подальший розвиток пізнавальних, творчих і спеціальних здібностей. Важливо визначити методи і умови, що сприяють самовираженню обдарованої дитини, прояву і реалізації широкого спектру її захоплень. Спільно з батьками вчитель повинен підтримувати обдаровану дитину в реалізації її таланту, інтересів у школі та сім'ї. Уроки творчого розвитку бажано проводити для всіх дітей, але обдарованим дітям вони просто необхідні, оскільки творча діяльність є їх природною і насущною потребою. Слід особливо підкреслити, що в процесі навчання обдарованих дітей до педагогів, соціальних працівників і психологів висуваються особливі вимоги. Серед якостей, необхідних учителеві обдарованих дітей, визначають такі: чуйність, доброзичливість, високий рівень інтелектуального розвитку, оптимістичне ставлення до дійсності, відчуття гумору, позитивну Я-концепцію, особиста зрілість учителя, емоційна стабільність. Звісно, це не означає, що з рештою дітей не повинні працювати такі вчителі. Найсприятливіший стиль роботи вчителя з обдарованими дітьми – спільна з учнями творчість. Учитель повинен не тільки передати їм певну сукупність знань, скільки допомогти учням зробити, самостійні висновки і відкриття. Створюючи проблемну ситуацію, уміло керуючи нею, учитель своїми питаннями підводить учня до отримання ним

нового знання. Цей підхід не передбачає встановлення однозначних оцінок: «правильно» і «неправильно», еталонів ідеальних відповідей. Учні можуть обговорювати одне з одним різні варіанти відповідей, оцінювати їх. Відсутність еталонів оцінювання створює деякі труднощі для самого вчителя, в першу чергу, – в оцінюванні знань. Завдання вчителя: навчити дитину творчості, самостійності й виховувати в неї наполегливість, творчу сміливість у постановці нових проблем і пошуку їх розв'язань. Обдарований учень здатний сам собі допомогти, якщо вчитель підтримує його творчість. Завдання педагогів, соціальних працівників і психологів у роботі з обдарованими дітьми – не пасивний нагляд за їх зростанням, а створення умов для формування внутрішньої мотивації діяльності та системи цінностей, що створюють основу становлення духовної особистості. Слід підкреслити, що турбота про розвиток обдарованих дітей нині – це турбота про розвиток науки, культури, соціальний розвиток суспільства в майбутньому. Увага до розвитку обдарованої дитини має широке соціальне значення. 8. Педагогічна підтримка обдарованої студентської молоді. Форми і методи роботи з обдарованими студентами. Педагогічна підтримка обдарованої студентської молоді в Україні забезпечується нормативно-правовими документами – Законами України «Про освіту», «Про вищу освіту», Державною національною програмою «Освіта» (Україна XXI ст.), Концепцією педагогічної освіти, Державною програмою «Вчитель», Комплексною програмою «Творча обдарованість», Державною цільовою соціальною програмою «Молодь України» на 2009-2015 рр. В Україні створено Інститут обдарованої дитини при НАПН України з метою створення сприятливих умов для пошуку, підтримки і стимулювання інтелектуально і творчо обдарованих дітей та молоді; діє Всеукраїнська молодіжна громадська організація «Союз обдарованої молоді» (з 2007 р.), яка співпрацює з колегами з європейських країн та колишнього СНД; Україна здобула офіційне членство у Всесвітній раді для обдарованих і талановитих дітей. Україна має можливості для обдарованої студентської молоді в міжнародному просторі в рамках європейських програм ERASMUS MUNDUS (з 1987 р.) та SOCRATES (з 1994 р.), які заохочують викладачів і студентів до

обміну. Мета цих програм – залучити до співпраці обдаровану студентську молодь тих країн, які не є членами Європейського Союзу. Усі програми фінансує Рада Європи. Форми і методи роботи з обдарованими студентами. Основною метою системи освіти є створення умов для особистісного розвитку і творчої самореалізації кожного громадянина України, які зможуть навчатись протягом усього життя, створювати і розвивати цінності громадянського суспільства. Саме тому виховання та розвиток творчих здібностей особистості є одним з важливих завдань вищої освіти. Важливо розвивати творчий потенціал студентів, вчити їх критично мислити, швидко орієнтуватися у складних професійних ситуаціях і знаходити єдино правильні рішення. Розвивати творчість - це виховувати у студентів інтерес до знань, самостійність у навчанні, розширювати світогляд, формувати наполегливість у досягненні поставленої мети. В умовах вищої школи важливо правильно організувати роботу викладача з обдарованими студентами, не тільки створюючи необхідні умови для їх розвитку, а й психологічно готуючи їх до наполегливої праці, самовиховання. Прикладом такої «правильної організації» є психолого-педагогічна програма роботи з обдарованими студентами, розробленої у ВНЗ. Завдання такої програми полягає в тому, щоб: 1. Виявити рівень розвитку обдарованого студента та його потенційні можливості. 2. Допомогти молодій людині усвідомити себе. 3. Створити умови мобілізації особистісних ресурсів (психологічна мобілізація) - допомогти створити себе. Для цього викладацький склад ВНЗ застосовує такі форми роботи: 1. Психологічне збагачення молодої людини: «горизонтально» - розширення об'єму знань про психологію людини; «вертикально» - поглиблене вивчення власної особистості. 2. Евристичні технології: • науково-пошукові роботи; • доповіді; • повідомлення; • реферати. 3. Розвиваючі програми, в тому числі міжнародні, які задовольняють: • інформаційні потреби сучасної людини; • комунікативну адаптацію; • розвиток самосвідомості. 4. Тренінг творчих здібностей. 5. Інтелектуальні ігри. Серед вказаних форм роботи з обдарованими студентами найбільшої популярності набуває евристична технологія, яка реалізується у форму науково-дослідницької роботи. Вона враховує інтереси

студентів, забезпечує позитивну мотивацію, вчить працювати з науковою літературою, має практичну реалізацію в майбутній професійній діяльності. Для того, щоб кожен студент міг розвинути свої творчі можливості, необхідне продумане керівництво з боку викладача. Велике значення має розвиток психічних процесів - пам'яті, уваги, уяви - для розвитку творчих здібностей. Саме ці якості, за даними психологів, - основа розвитку продуктивного мислення і творчих здібностей студентів. Студент як творча особистість розкривається під час написання творчих робіт, які є результатом довгої й серйозної інтелектуальної праці. Під час підготовки до написання роботи студент опрацьовує багато наукової літератури, отримує нові знання, аналізує, класифікує, систематизує їх. Повноцінний розвиток творчих здібностей студентів може забезпечити така організація навчання, яка передбачає залучення їх до наукового пошуку й використання отриманих знань на практиці. Однією із форм такої роботи є підготовка науковопошукової роботи. Важливою формою роботи з обдарованими студентами є їхня участь у різного рангу студентських науково-практичних конференцій. Основними завданнями роботи з обдарованими студентами у ВНЗ є: 52 • створення системи цілеспрямованого виявлення обдарованої молоді; • впровадження прогресивних інноваційних технологій навчання й виховання цієї категорії студентів; • створення максимально сприятливих умов для інтелектуального, морального й фізичного розвитку обдарованих. Система роботи з обдарованими студентами в ВНЗ, як правило, будується за напрямами: • виявлення обдарованої молоді; • підвищення рівня науково-педагогічного забезпечення педагогічних працівників; • організація роботи з обдарованою молоддю; • підвищення кваліфікації викладачів. Особливу роль в ефективній підготовці майбутніх фахівців до науково-практичної діяльності відіграють Наукові Студентські Товариства (НСТ), які є добровільними творчими об’єднаннями студентів. Моделі навчання обдарованих учнів та студентів реалізуються через конкретні технології навчання. Ефективними є визнані технології: «Найважчий перший крок», «Ущільнення навчальної програми» і «Навчальні контракти». Технологія

«Найважчий перший крок». Цю технологію треба використовувати на початку навчання для того, щоб педагог ознайомився з навчальними потребами обдарованих учнів чи студентів. Сутність її полягає у тому, що учням (студентам) пропонують розв'язати 5-6 найскладніших завдань чи вправ із запропонованої теми. Якщо вони успішно справляються, то набувають рівень «А», що означає відмінно, і тоді мають змогу використати час, що залишився, для заняття тим видом діяльності, який їм цікавіший, звісно, під контролем педагога. Це може бути робота над конкурсними завданнями на уроках (практичних заняттях) з математики, фізики, хімії чи біології, над власним твором, з літературою підвищеної складності тощо. Цю технологію можна викори-стовувати на тих заняттях, де йде закріплення вмінь та навичок на практиці. Технологія «Ущільнення навчальної програми». Ця технологія дає змогу учням (студентам) «викупляти» навчальний час і проводити його по-іншому. Перед початком такого 53 «ущільнення» слід визначити здібності учня (студента), з'ясувати, що він уже знає, і вирішити, як дати змогу йому використати вільний час, щоб це не стало тягарем для інших. Ущільнення слід дозволяти лише в тих сферах, де учні (студенти) мають сильні знання, уміння та навички. «Викуплений» час використовують для вдосконалення з певного предмета чи альтернативної діяльності з іншого. Не використовують «викуплений» час для поліпшення слабких сторін учня (студента). Треба прагнути того, щоб вони мали задоволення від праці, яку виконують, використовуючи вільний час. Описані дві технології мають свою слабку сторону, зокрема, обдаровані учні (студенти) мають відвідувати заняття навіть тоді, коли вони вже оволоділи знаннями. Ці проблеми частково розв'язує технологія навчальних контрактів. Технологія «Навчальні контракти». Навчальний контракт складається для кожного розділу навчальної програми. За умов позитивних наслідків перевірки знань за відповідними розділами учні (студенти) отримують право працювати в системі навчальних контрактів. У класі (аудиторії) утворюється «центр збагачення знаннями», де вільний час використовують для глибшого усвідомлення матеріалу і його творчого

опрацювання. Характерною рисою цієї технології є те, що учням (студентам), які працюють за контрактами, заборонено починати роботу над іншими частинами розділу, доки викладач не розпочне працювати й пояснювати їх іншим. Ще однією характерною рисою є спеціальні правила поведінки: заборонено відволікати викладача від навчання решти учнів (студентів), не можна заважати іншим і привертати увагу до себе. У роботі з обдарованими дітьми і молоддю мають брати участь ті педагоги, які дотримуються недирективного стилю спілкування, готові допомогти і підтримати свого вихованця. Такі педагоги повинні вміти самостійно розв'язувати свої проблеми, бути дружелюбними, мати почуття власної гідності. Вони мусять відчувати свою компетентність, відповідати за свої дії, заслуговувати на довіру, відчувати, що їх люблять. Це має бути особистість, яка продуктивно реагує на виклик, вміє прийняти критику і не страждає від стресу під час роботи з людьми, які обдарованіші і знають більше за неї. 54 Такі педагоги на заняттях менше самі говорять, менше дають інформації, а більше надають такої можливості учням (студентам). Вони більше питають і менше пояснюють. Помітна різниця також в техніці постановки питань. Вчителі для обдарованих частіше задають відкриті запитання і значно частіше намагаються зрозуміти, як саме учні (студенти) дійшли певного висновку чи рішення. Відмінність полягає також у тому, як відбувається зворотний зв'язок. Більшість звичайних педагогів намагаються прореагувати у мовній або іншій формі на кожну відповідь учня (студента). У роботі з обдарованими рекомендується поводити себе більш стримано. Слід уважно та з інтересом вислухати відповіді, однак не оцінювати їх, у той самий час показуючи, що вони їх приймають. Це приводить до того, що учні (студенти) починають більше взаємодіяти один з одним і частіше самі коментують ідеї однокласників (одногрупників) і менше залежать від педагога. Нарешті, ще одна відмінність в роботі з обдарованими – це міжособистісні відносини з учнями (студентами), які мають бути більш рівними. Педагоги частіше обговорюють з ними теми, які прямо не стосуються навчальних завдань, виявляють до них повагу і навіть дозволяють їм вчити себе. Для навчання та виховання

обдарованих дітей та молоді у світі залучають не лише вчителів шкіл та викладачів вищих навчальних закладів, але й менторів. Саме поняття «ментор» – грецького по-ходження. За міфологією, це друг Одіссея, якому він доручив доглядати за своїми володіннями, відправляючись у похід на Трою. Ментор також виховував сина Одіссея, Телемаха. У переносному значенні цього слова ментор – це порадник, керівник, наставник молоді. У практиці роботи з обдарованими дітьми та молоддю ментор виконує обов'язки індивідуального керівника, який зайнятий розвитком загальних чи спеціальних здібностей та загальним культурним рівнем свого вихованця. Потреба у таких взаємовідносинах в обдарованих дітей особливо велика. Менторів можна залучати до періодичної роботи з групою або окремими видатними учнями з метою розширення їхнього кругозору. Вони можуть також систематично працювати з малою 55 гру-пою або одним учнем над проектом протягом певного часу. Обдаровані діти, які працювали з ментором, досягли більшого, ніж їхні талановиті ровесники, в яких менторів не було. Крім того, ментор також забезпечує успішний перехід від навчання до професійної кар'єри. Хороший ментор відкриває професійні секрети та допомагає встановити ділові зв'язки. Є декілька чинників, які ускладнюють встановлення менторства. По-перше, неможливо підібрати пару «ментор-учень» лише адміністративно. Співпраця буде успішною лише у разі наявності психологічного контакту. По-друге, хороші спеціалісти у своїй галузі далеко не завжди вміють співпрацювати з дітьми і молоддю. Однак, незважаючи на всі проблеми, менторство відповідає одній з дуже важливих потреб обдарованих – можливості подола¬ти розрив між класною кімнатою або студентською аудиторією і навколишнім світом, брати участь у реальному житті, що є надзвичайно важливим для їхньої самореалізації. Тому менторство можна вважати найперспективнішою формою навчання і виховання обдарованих дітей та молоді. Крім менторингу використовуються й такі форми педагогічної підтримки як тьюторинг, консалтинг, літні школи та методи навчання обдарованих студентів: кейс-метод, ІТ-технології, вебквести, тощо. До обдарованих учнів і студентів застосовують специфічні засоби

навчання і виховання. Основними принципами їхнього навчання є принципи індивідуального підходу і адекватності у підбиранні робочих навчально-виховних програм. Під час їхнього навчання застосовують стратегії прискорення і збагачення. Популярними моделями навчання обдарованих є модель «Вільний клас» та особистісно-орієнтована модель. Ефективними технологіями навчання обдарованих особистостей, як ми уже зазначали визнано технології «Найважчий перший крок», «Ущільнення навчальної програми» і «Навчальні контракти». 9. Технології соціальної роботи з обдарованими дітьми. Враховуючи якісну своєрідність видів обдарованості і недосконаліть сучасних методів їх діагностики, вчені припускають, що кількість обдарованих дітей становить не 56 менше 15-25% від загальної популяції. Проте вимірювання рівня розвитку дитини за допомогою існуючих тестів не дає гарантії, що обдарованість можна визначити на 100%. Крім того, часто за основну ознаку обдарованості приймається високий рівень інтелектуального розвитку. Якщо учень невстигаючий, то в нього майже немає шансу бути визнаним обдарованим. Але видатні досягнення можливі і при середньому рівні розвитку інтелекту. За даними американського психолога Е. Торенса, близько 30% дітей, відрахованих зі школи за неуспішність, були обдарованими дітьми. Варто звернути увагу на той факт, що дітей з прихованою обдарованістю значно більше, ніж з явною обдарованістю. Є категорія обдарованих дітей, які вмінням самостійно вчитися не володіють і долати виникаючі при цьому навчальні та особистісні перешкоди не вміють. Тому принцип інтенсивного та екстенсивного навчання (побільше навчального матеріалу і важче), який використовують у навчальному процесі деякі педагоги, може підійти не кожній дитині. На зміну традиційним освітнім технологіям мають прийти розвиваючі технології, орієнтовані на розвиток здібності дитини бути суб'єктом освітньої діяльності. Тому фахівцям, які працюють з обдарованими дітьми, важливо пройти психотренінгові форми підготовки, що спеціально орієнтовані на розвиток таких «суб'єкт-суб'єктних» способів сприйняття, мислення, спілкування і поведінки, які спиралися б на своєрідність та індивідуально-психологічні особливості навчання та розвитку

обдарованих дітей. У обдарованих дітей є свої психологічні особливості та труднощі розвитку, які найчастіше переживаються ними сильніше, ніж звичайними дітьми, що дозволяє говорити про них як про дітей «групи ризику». Психологічно з ними працювати може далеко не кожен вчитель, а буває, що й не кожен психолог чи соціальний працівник. Тому завданням педагогів, психологів та соціальних працівників у загальноосвітньому закладі є виявлення обдарованих дітей, створення банку даних про них, допомога такій категорії дітей розв'язувати проблеми, пов'язані з обдарованістю, співпрацювати з педагогічним колективом. У 57 роботі з обдарованою дитиною соціальний працівник повинен знати і вміти: - виявляти здібності та проводити корекційне навчання; - визначати особливості взаємин у сім'ї; - знаходити шляхи порозуміння з обдарованою дитиною; - налагоджувати зв'язки з батьками; - здійснювати постійний зв'язок між викладачами; - здійснювати правовий захист; - створювати умови для реалізації їхніх інтересів і здібностей; - організовувати творчу діяльність у позакласній та позашкільній роботі. Аби уникнути хаосу в соціально-педагогічній роботі з обдарованими дітьми соціальному працівнику (педагогу) необхідно застосовувати ефективні методи і форми роботи з дітьми, учителями, батьками і спрямувати їх на вдосконалення середовища, яке має забезпечити умови для розвитку творчого потенціалу і гармонійного розвитку обдарованої особистості. У роботі з такою категорією дітей варто дотримуватися таких правил: - не розхвалювати дитину за індивідуальні успіхи, а заохочувати до спільних занять з іншими дітьми; - не використовувати елементи змагання, адже обдарована дитина буде завжди переможцем; - не принижувати і не підкреслювати індивідуальної відмінності обдарованої дитини. Обов'язком соціального працівника є робота з батьками (проведення семінарів, тренінгів), виявлення обдарованих дітей та їх супровід, інформаційно-методичне забезпечення. У методику соціально-педагогічної діяльності варто включити ефективні методичні прийоми: - заохочення до спільної діяльності; - створення атмосфери розкутості; - поблажливість до можливого безладу; - схвалення результатів діяльності в певній галузі, для стимулювання бажання випробувати

себе в іншій галузі; - заохочення створити власний проект; - стимулювання до самостійної роботи; - надання свободи вибору. 58 Важливий момент у методиці соціально-педагогічної діяльності займає соціальний захист обдарованих дітей – це насамперед пом'якшення для них негативних наслідків мікросоціуму, створення умов для реалізації їх інтересів і життєво необхідних потреб. Соціальний захист здійснюється на двох рівнях: місцевому і загальнодержавному та ґрунтується на принципах гуманістичної спрямованості, орієнтації на національні та загальнолюдські цінності. Загальнодержавний рівень включає такі аспекти здійснення соціального захисту: - здійснення державної соціальної дитячої політики; - реалізація спеціальних державно-громадських соціальних дитячих програм як комплексних, так і цільових; - удосконалення законодавчого забезпечення і захисту дітей. На місцевому рівні передбачається створення соціальних служб психолого-педагогічної підтримки і допомоги обдарованим дітям, у яких соціально-педагогічна діяльність буде спрямовуватися за такими напрямками: організація діагностичної, консультативної підтримки; надання матеріальної підтримки і житла; забезпечення необхідним дидактичним матеріалом; перепідготовка педагогічних кадрів і визначення спеціальної оплати педагогам, які працюють з обдарованими особистостями. Метою захисту і підтримки є: - навчання обдарованої особистості навичкам психологічної стійкості у психотравмуючих ситуаціях; - навчання саморегуляції; - набуття вміння адаптації у соціально значущому середовищі (сім'я, школа, група ровесників тощо) без зниження потреби в реалізації обдарованості; - набуття вміння запобігати небезпеці (вживання наркотиків, алкоголю); - набуття навичок лідерства і спілкування на продуктивному рівні; - творчий саморозвиток; - навчання батьків розпізнавати небезпеки, які загрожують обдарованій особистості. 59 Методика роботи соціального працівника (педагога) є різноплановою, але підхід до вирішення проблеми – суто індивідуальний. Соціально-педагогічна діяльність має носити поліпрофесійний та полі функціональний характер. Соціальний працівник (педагог) має входити до творчих і галузевих груп (лікарів, юристів, психологів,

економістів тощо), що сприятиме вирішенню проблем обдарованих особистостей. Кожна обдарована чи надзвичайно здібна дитина у школі вимагає від соціального працівника (педагога) постійного супроводу – це комплексний метод, який забезпечує створення умов для реалізації індивідуальних творчих здібностей. Для цього потрібно розробити і впроваджувати соціально-педагогічно програму (проект) супроводу, яка може включати такі розділи: ♣ Теоретичне обґрунтування і кінцевий результат реалізації проекту. ♣ Концепція, у якій зазначається мета, завдання, умови застосування. ♣ Технологічна карта, де визначається покроковий опис супроводу: - виявлення обдарованих і здібних особистостей; - методична робота з педагогами; - реалізація програми; - аналіз результативності навчальних успіхів учнів (студентів) в учбовій діяльності; - аналіз результативності навчальних успіхів учнів (студентів) в позанавчальній діяльності. ♣ Переваги індивідуального супроводу. ♣ Застереження від помилок. Методика соціально-педагогічної діяльності з обдарованими дітьми включає: 1. Виявлення обдарованості особистості. 2. Визначення напрямку обдарованості. 3. Планування роботи згідно виявленого напряму за приблизним зразком: - корекційне виховання; - загальна організація діяльності; - спеціальна організація діяльності; - організація виховання; 60 - організація навчання; - організація діяльності з батьками; - превентивне виховання. 4. Організація і здійснення запланової діяльності. 5. Перевірка результативності діяльності. 6. Соціальний контроль і всебічна соціальна підтримка і захист. Отже, соціально-педагогічна діяльність з обдарованою особистістю повинна спрямовуватися на створення інтересу до навчання, задоволення потреб особистості в інших пізнавальних запитах, допомогу вчителям у створенні методики навчання і розробки моделі компетентності педагогічних працівників, які працюють з обдарованою особистістю.

Питання для контролю та самоконтролю

1. Які стратегічні державні документи регламентують роботу з обдарованими дітьми?

2. Розкрийте сутність понять «обдарованість», «обдаровані діти».

3.Охарактеризуйте моделі обдарованості.

4. Які види та ознаки обдарованості?

5. Охарактеризуйте соціально-психологічні проблеми обдарованих дітей.

6. Які структурні компоненти моделі «Обдарованості»?

7. Які принципи лежать в основі виявлення обдарованих особистостей?

8. Розкрийте категорії та сфери обдарованості учнів.

9. Назвіть характерні особливості обдарованих дітей.

10. Обгрунтуйте дидактичні принципи навчання і виховання обдарованих дітей.

11. Які Ви знаєте методи дослідження інтелекту та креативності?

12.Охарактеризуйте структурно-функціональні етапи розвитку творчої особистості.

13. Розкрийте сутність роботи з батьками обдарованих дітей.

14.Які особливості роботи з обдарованими дітьми?

15. Розкрийте форми і методи роботи з обдарованими дітьми.

16.Яка педагогічна підтримка надається обдарованій студентській молоді?

17.Обгрунтуйте форми і методи роботи з обдарованими студентами.

18.Охарактеризуйте технології соціальної роботи з обдарованими дітьми.

Тема 17 СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ СІМ'ЄЮ

Сутність поняття "сім'я"

Поняття "сім'я"

Існує безліч дефініцій поняття "сім'я". Усі вони відбивають ситуацію стану теорії соціальної роботи, коли предметом її вивчення стає сім'я як *соціальний інститут, мала група і система взаємовідносин.* Як приклади наведемо ряд відповідних визначень сім'ї.

Сім'я як соціальний інститут "Сім'я являє собою систему соціального функціонування людини, один з основних інститутів соціалізації" [43,52].

Сім'я - це "соціальний інститут, тобто стійка форма взаємовідносин між людьми, у межах якого здійснюється основна частина повсякденного життя людей, тобто

сексуальні стосунки, дітонародження й первинна соціалізація дітей, значна частина побутового догляду, освітнього й медичного обслуговування, особливо у ставленні до дітей і осіб похилого віку" [23,61].

Сім'я як мала група

Сім'ю можна визначити як динамічну малу соціальну групу людей, поєднаних спільністю проживання (чи тимчасовою відсутністю) і родинними взаєминами (шлюбу, кровної спорідненості, усиновлення, опіки, свояцтва), спільністю формування й задоволення соціально-економічних та біологічних потреб, любов'ю, взаємною моральною відповідальністю [9,12].

"Сім'я - це заснована на шлюбі або кровній спорідненості мала соціальна група, члени якої пов'язані спільністю побуту, взаємними обов'язками й емоційною близькістю"[31,85].

Сім'я як система стосунків

Сім'ю можна визначити як історично- конкретну систему стосунків подружжя, батьків і дітей, як малу соціальну групу, члени якої поєднані шлюбними або родинними взаєминами, спільністю побуту й взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність у якій зумовлена потребами суспільства у фізичному й духовному відтворенні населення [40,75].

Аналіз наведених визначень показує, що сутнісною ознакою сім'ї є, насамперед, стосунки.Найбільш повно реальний характер стосунків у сім'ї розроблений вітчизняними вченими Б.Ковбасом і В.Костівим [9,7-17] і поданий відповідною структурою [див. Таблицю 1]

Виходячи з парадигми розуміння сім'ї на основі позначеної моделі сімейних стосунків, "сім'ю можна визначити як динамічну малу соціальну групу людей, поєднаних спільністю проживання (чи тимчасовою відсутністю) і родинними стосунками (шлюбу, кровної спорідненості, усиновлення, опіки, свояцтва), спільністю формування й задоволення соціально-економічних та біологічних потреб, любов'ю, взаємною моральною відповідальністю [9,12]".

Робляться спроби дати визначення сім'ї на основі системного підходу з урахуванням того, що вона несе в собі одночасно ознаки і соціального інституту, і малої групи, і системи стосунків.

До найбільш значимих для практичного соціального працівника є визначення сім'ї І.Трубавіної.

„Сім'я - це соціально-педагогічний інститут та особлива соціальна система, яка є підсистемою суспільства і включає в себе інші підсистеми (членів сім'ї), це мала соціальна група, первинний контактний колектив. Усе це дозволяє говорити про такі її ознаки, як: шлюбні, міжпоколінні, кровні, установлені зв'язки між членами сім'ї, родинні почуття, почуття безпеки, захищеності, любові, поваги; спільний побут і проживання членів сім'ї; наявність функцій у суспільстві (видів життєдіяльності сім'ї); прав сім'ї в суспільстві і прав членів сім'ї в родині, обов'язків членів сім'ї стосовно один одного та відповідальність перед суспільством за своїх членів"[38,4].

Типологія сім'ї

Практика соціальної роботи із сім'єю завжди спирається на конкретну типологію сім'ї.

Класифікація типів сім'ї може бути здійснена за різноманітними основами (критеріям, ознакам і т.ін.).

Історичний підхід

Загальновизнаним вважається погляд на сім'ю як на продукт тривалого історичного розвитку.

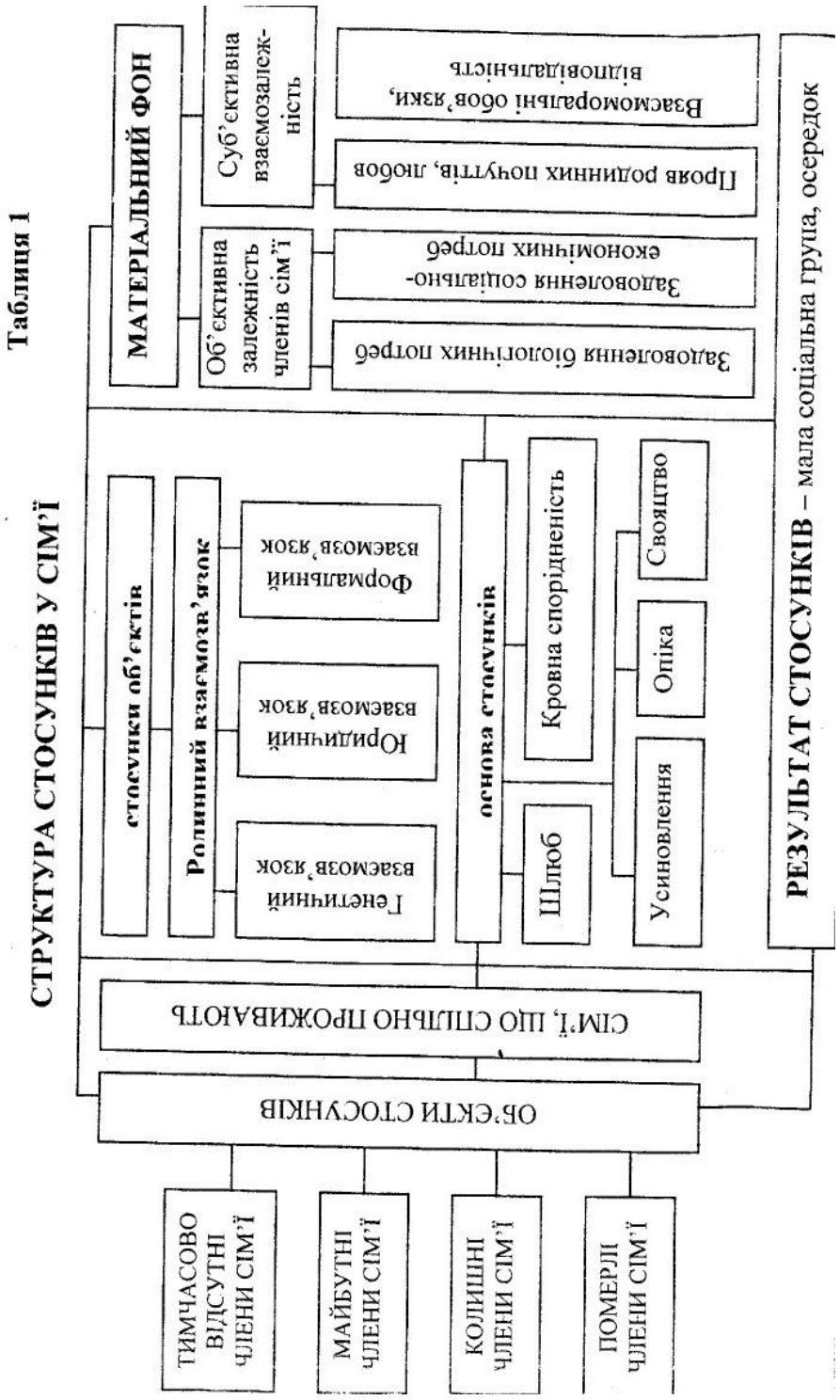
За цією ознакою можна виділити такі сім'ї [12,25-27].

Патріархальна традиційна сім'я. Це найбільш архаїчний тип сім'ї, де мешкають в однім "гнізді" різні покоління родичів. У ній багато дітей, які залежать від батьків, поважають старших; тут строго дотримуються сімейних, релігійних, національних та інших звичаїв. Цей тип сім'ї зберігся, в основному, у малих містах і в сільській місцевості.

Нуклеарна сім'я (тип сім'ї, що переважає). Вона, як правило, двопоколінна, тобто складається з подружжя і дітей до вступу в шлюб останніх. У вітчизняній практиці зустрічаються і сім'ї з трьох поколінь (трипоколінні), що включають батьків (або одного з них) із дітьми і бабусь, і дідусів (або одного з них) останніх. Ці сім'ї найчастіше носять змушений характер у зв'язку з відсутністю необхідних матеріальних засобів для роздільного проживання.

Мала сім'я, що складається з двох осіб: неповна (розлучення або смерть одного із подружжя); материнська (позашлюбна), де мати не була одружена з батьком своєї дитини; "порожніх гнізд" (подружжя, діти котрих "вилетіли з гнізда"); проміжна (подружжя, що знаходяться в цивільному шлюбі)".

Таблиця 1



Сім'я соціального ризику

Тут виділяються сім'ї, де з об'єктивних або суб'єктивних умов їхнє соціальне функціонування утруднене, і вони неминуче знаходяться в стані життєвого утруднення.

Це сім'ї: біженців і змушених переселенців; малозабезпечені; із надлишковим утриманським навантаженням (багатодітні або які мають у своєму складі інвалідів); які виховують дітей-інвалідів; неповні; військових термінової служби; безробітні; які проживають у депресивних регіонах; пов'язані з підприємствами

й закладами, де не виплачують заробітну плату; мінімізовані, де чоловіки не вважають себе зобов'язаними виконувати сімейні обов'язки як батьки; неповнолітні, де один (або обидва) з подружжя (батьків) не досягли віку повноліття; "альтернативні", коли затверджуються стійкі сценарії існування поза сім'єю, самотнього життя, партнерства однієї статі, проституції; "залежності" (алкогольної, наркотичної, агресивного поводження, асоціального способу життя, виштовхування дітей на вулицю) [25].

Соціально- антропологічний підхід

Тут сімейна структура розглядається й порівнюється в різних товариствах за шістьма параметрами: формою сім'ї, формою шлюбу, зразком розподілу влади, вибором партнера, місцем проживання, а також за походженням і засобами спадкування майна.

Форма сім'ї характеризується й визначається поняттям "кровність", що означає сукупність соціальних відносин, заснованих на чинниках біологічного зв'язку, шлюбу й правових норм, правил, що стосуються усиновлення, піклування і т.п.; у загальній системі родинних стосунків існують два основних типи сімейної структури: нуклеарна сім'я і розширена сім'я.

Форма шлюбу: моногамія (шлюб між одним чоловіком і одною жінкою), полігамія (шлюб між одним і декількома іншими індивідами), полігінія (шлюб між одним чоловіком і декількома жінками), поліандрія (шлюб між одною жінкою й декількома чоловіками), груповий шлюб (між декількома чоловіками й декількома жінками).

Зразок розподілу влади (тип владних структур у сім'ї): патріархальний (влада чоловіків над іншими членами сім'ї), матріархальний (влада дружини й матері), егалітарний (вплив і влада розподіляється між чоловіком і дружиною рівною мірою).

Вибір партнера (партнер, якому віддана перевага). Тут в основному панують два правила. Перше - правило екзогамії (регулює шлюби поза визначеними групами). Друге - правило ендогамії (пропонує укладення шлюбу всередині визначених груп).

Вибір місця проживання. Тут існують визначені норми: неолокального місця проживання (молоді живуть окремо від своїх батьків), патрилокальне місце проживання (молода йде із сім'ї і живе в сім'ї чоловіка або поблизу від будинку його батьків), матрилокальне місце проживання (молоді живуть із батьками нареченої або поблизу від них).

Походження (родовід) і засіб успадкування майна: родовід по чоловічій лінії (основні родинні і спадкові зв'язки існують між батьком, сином і онуком);

родовід по жіночій лінії (майно матері стає власністю дочки, і основну підтримку молодій сім'ї робить брат дружини); двосторонній родовід (при визначенні кровності й спадкування рівною мірою враховуються кровні родичі з боку батька й матері) [23,62-77].

Функціонально- конфліктний підхід

Тут сім'я аналізується з погляду її функцій або соціальних потреб,
яким вона служить (функціоналізм), і з погляду розподілу влади всередині сім'ї (конфліктологізм).
Відповідно до сучасного варіанта цієї концепції сім'ї - це те місце, де здійснюється економічне виробництво й перерозподіл матеріальних засобів; при цьому виникає конфлікт між інтересами кожного члена сім'ї й інших її членів, а також суспільства в цілому. Тут основними функціями сім'ї є: генеративна (забезпечує продовження роду); первинної соціалізації дітей (забезпечує виховне спілкування дітей із батьками); економічна й господарсько-побутова (задоволення своїх вітальних потреб); гедоністична (здорового сексу); рекреаційна (забезпечує відновлення фізичних і психічних сил, витрачених на роботі); психотерапевтична (надання емоційного захистку, де людину приймають і підтримують такою, якою вона є).
У межах цього підходу виділяють: нуклеарні сім'ї (подружні пари без дітей або з дітьми); багатодітні сім'ї (повні і неповні); молоді сім'ї (перші три роки шлюбу, коли виникають визначені проблеми); літні сім'ї (головні клієнти соціального обслуговування); сім'я фактичного шлюбу (без реєстрації); маргінальні сім'ї (не здатні самостійно вирішити свої проблеми без соціальної підтримки); проблемні сім'ї (потребують допомоги з різноманітних причин) [23,63-74].

Соціально- педагогічний підхід

Тут- тип сім'ї визначається за різноманітними основами класифікації (залежно від мети і завдань діяльності соціального працівника в галузі освіти). [43,55-57]

I. За структурою

Повні сім'ї:	Неповні сім'ї:
із 1 дитиною;	Чоловік і дружина;
із 2 (одностатевими);	Самотня мама;
з 2 (різностатевими);	Батьки розлучені;
із 3 і більше дітьми;	виховує один батько;
багатодітна (із 4 дітьми і більше);	виховує опікун.
зі старшими членами сім'ї (із бабусею й ін.);	

діти зведені;
діти нерідні,
усиновлені.

II. За матеріальною безпеченістю

Сім'я:

з дуже високим матеріальним статком;
із високим матеріальним статком;
із середнім матеріальним статком (забезпечена);
з низьким матеріальним статком (малозабезпечена);
які терплять нестатки (за межею бідності).

III. За виховним потенціалом

Сім'я:

Соціально здорова, благополучна у виховному відношенні;
соціально здорова, але неблагополучна у виховному відношенні;
соціально нездорова, неблагополучна у виховному відношенні;
соціально нездорова, негативна у виховному відношенні.

виховально-сильна;
виховально-стійка;
виховально-хитлива;
виховально-слабка з утратою контакту з дітьми і контролю над ними;
виховально-слабка з постійно конфліктною атмосферою;
виховально-слабка з агресивно-негативною атмосферою;

маргінальна (з алкогольною, сексуальною деморалізацією, наркотичною залежністю);
правопорушна; злочинна; психічно обтяжена.

IV. За стосунками

гармонічна;
компромісна;
хитлива;
уявна;
конфліктна;
різко конфліктна;
споживча.

V. За спрямованістю

Сім'ї, орієнтовані:
на діяльність;
на спілкування;

на самозадоволення (егоїстична).

VI. За соціально-правовою усталеністю

соціально стійка;
соціально хитлива;
асоціальна;
криміногенна.

У межах зазначеного підходу лежать і інші однойменні типології [41,162-168].

Типологія, в основі якої спроможність сім'ї вирішити нормативні й ненормативні кризи, що виникають перед нею:

- сім"ї, у яких система взаємодій достатньо гнучка, що дає можливість знаходити нові зразки стосунків, адекватно змінювати сімейну структуру;
- сім'ї, у яких основні зусилля спрямовані на підтримку згоди із зовнішнім світом;
- сім'ї, у яких взаємодії хаотичні й засновані на конфліктах, що ведуть до кризи.

Типологія сім'ї за її функціональною самостійністю:

- функціонально заможні сім'ї (спроможні вирішувати всі виховні проблеми сім'ї самостійно);
- функціонально неспроможні сім'ї ("група ризику") -сім'ї, що не справляються з вихованням дітей (конфліктні сім'ї, де хронічно загострені стосунки подружжя, і педагогічно неспроможні сім'ї з низькою психолого-педагогічною культурою батьків, неправильним стилем дитячо-батьківських стосунків).

Типологія сім'ї, яка враховує специфіку десоціалізуючого впливу, що здійснює сім'я на своїх членів:

- сім'ї з прямим впливом, що десоціалізує: кримінально-аморальні сім'ї, у яких переважають кримінальні чинники ризику, і асоціально-аморальні сім'ї, що характеризуються антигромадськими установками й орієнтаціями;
- сім'ї з непрямим впливом , що десоціалізує, які відчувають утруднення соціально-психо логічного й психолого-педагогічного характеру, що виражається в порушеннях подружніх і дитячо-батьківських стосунків. Сюди належать конфліктні сім'ї, де особисті взаємини подружжя будуються за принципом конфлікту, відчуженості, і педагогічно неспроможні сім'ї, у яких при відносно сприятливих умовах (здорова сімейна атмосфера, батьки, які ведуть правильний спосіб життя і виявляють турботу про дітей) неправильно формуються стосунки з дітьми, відбуваються серйозні педагогічні прорахунки, що призводять до різноманітних асоціальних проявів з боку
дітей.

Типологія сім'ї за типами виховних помилок:

- сім'я з поблажливо-зневажливим стилем виховання
("усі діти такі" і "ми самі такими були");

- сім'я з позицією кругової оборони виховання ("наша дитина завжди права");
- сім'я з демонстративним стилем виховання ("моя дитина росте негарною");
- сім'я з педантично-підозрілим стилем виховання ("я не вірю своїй дитині і тому постійно її контролюю");
- сім'я з жорстко-авторитарним стилем виховання ("різка завжди права");
- сім'я з умовленим стилем виховання ("посадити дитину собі на голову");
- сім'я з відсторонено-байдужим стилем виховання ("ти самий(а) по собі, а я самий(а) по собі");
- сім'я з вихованням за типом "кумир сім'ї";
- сім'я з непослідовним стилем виховання ("різка або батіг" на основі різких емоційних перепадів батьків).

Дана класифікація відповідає таким видам соціальної допомоги:

Типологія сім'ї за видами
соціальної допомоги:
а)Соціально-демографічна: сім'ї
багатодітні, бездітні, які
розлучаються, сім'ї з
неповнолітніми батьками.
б)Матеріально-житлова: малозабезпечені сім'ї, які перебувають у поганих житлових умовах; вагітні
жінки, матері, на утриманні яких є неповнолітні діти або
які втратили роботу, потребують роботу зі скороченим
днем чи вдома тощо.
в)Медико-соціальна: сім'ї з дітьми, батьками-
інвалідами з фізичними та психічними захворюваннями,
які зловживають спиртними напоями, застосовують наркотичні речовини, мають прояви суїциду.
г)Психологічна та соціально-педагогічна:
1) неблагополучні сім'ї - неповні, які ведуть аморальний спосіб життя, зі стійкими конфліктами між батьками та дітьми, сім'ї „нових" українців, зовні благополучні, але такі, що систематично припускають серйозні педагогічні прорахунки внаслідок педагогічної неосвіченості, безграмотності (надмірна батьківська любов, застосування фізичних покарань, формальне ставлення до дитини, неврахування індивідуально-психологічних особливостей дитини в процесі сімейного виховання);
2) діти і підлітки, які знаходяться в несприятливих сімейних умовах; у конфліктних стосунках з батьками, учителями, однолітками, сусідами; які залишилися без опіки батьків;
3) вихованці дитячих будинків та шкіл-інтернатів; важковиховувані підлітки, які припускають антигромадські вчинки, хуліганські дії; бродяжать, жебрують, ізольовані в колективі однолітків, мають аморальну,

протиправну, агресивну поведінку, уживають алкоголь, наркотики, психотропні речовини, мають суїцидні спроби;
4) підлітки, які зазнають насильства, негативного впливу за місцем проживання, навчання (жорстоке ставлення, приниження, образи, домагання, яких дорослі залучають до вживання алкоголю, наркотиків), мають внутрішньособистісні проблеми, роздратованість, невпевненість у собі, боязкість, сором'язливість тощо. ґ)Соціально-правова: батьки перебувають у суперечності із законами суспільства, криміногенна обстановка в сім'ї, одного з батьків засуджено; молоді люди, які повернулися з місць позбавлення волі (ВТК, спецшколи, спец ПТУ) [37,180-182].

Окремі типові моделі сучасної сім”і

Найбільш значимі приклади таких моделей наведені в дослідженнях Б.Ковбаса та В.Костіва за матеріалами інших дослідників. Наведемо приклади зазначених моделей [9,24-26]:
Модель перша:
1. Сім'я-фортеця, "замкнута сім'я", автономна сім'я. Побудована на малореальних уявленнях подружжя. Один або двоє з подружжя вірять, що 'ти належиш мені, що в сім'ї "я ніколи не відчую себе самотнім", що "ревнощі - це вимір кохання" тощо. Вони впевнені, що чоловік і дружина завжди повинні бути разом, що конфлікти - це характерна ознака згасання кохання. Майбутнє таких сімей, побудованих на романтичних уявленнях, не передбачає нічого втішного. Попереду в них або нескінченні сварки через нездійсненні надії, або розлучення.
2. "Дуб з плющем". Один з подружжя - "дуб", тобто опора для іншого, володар його життя; інший, подібно до плюща, обвивається навколо "дуба", знаходячи в ньому опору й перекладаючи на його плечі весь тягар проблем. До речі, "дуб" - не завжди чоловік. Буває, що такі сім'ї живуть добре, якщо розподіл ролей відбувся за взаємною згодою. Але частіше в таких сім'ях щастя немає, бо немає сердечності.
3. "Шлюб борців", дім-каторга. Лише прозвучить весільний марш, починається боротьба за головування в сім'ї. Кожна дрібниця - конфлікт, долання опору іншого здійснюється без дотримання правил комунікації. Буває, правда, що такі союзи існують довго, але радості від них немає.
4. "Незалежні", дім-готель, коли кожен з подружжя береже своє право на власну свободу (інколи - аж до права на позашлюбні зв'язки). Буває, такі подружжя навіть
живуть окремо, зустрічаючись час від часу на території однієї із "сторін".
Кожен любить говорити про свою прогресивність, відсутність забобонів, про нову мораль. Але це - шлюб без справжнього кохання. Живуть такі подружжя без сварок і конфліктів, шлюб їх часто недовговічний.

5. Шлюб соратників, синкретична сім'я. Тут -намагання допомагати один одному в розвитку особистості. Вони кохають одне одного, але не тим коханням, що вимагає повної монополії на почуття й помисли одного з подружжя, а коханням тверезим, зрячим, більш довговічним.

Суперечки тут не стають джерелом образ, а навпаки -двигуном подружнього корабля.

Модель друга:

1. Сім'я з орієнтацією на соціальну недовіру ("недовірлива сім'я"): недовірливість до оточуючих, намагання в усьому бачити прихований зиск, загрозу; неконтактність, заздрісність; сприймання всіх...оточуючих як людей аморальних (ми завжди праві, усі навколо -винні).

2. Сім'я з орієнтацією на задоволення ("легковажна сім'я"): потяг до сьогоднішніх задоволень, безтурботне ставлення до майбутнього, відсутність будь-яких планів; небажання долати труднощі, сім'я живе за інерцією; не вистачає багатьох речей; ніхто не бере на себе відповідальності; сім'я конфліктна.

3. Сім'я з орієнтацією на "авантюризм" в досягненні мети ("хитра сім'я"): високо цінується підприємливість, спритність у досягненні життєвих цілей; основне -досягнення успіху "найкоротшим шляхом", при мінімальних затратах праці й часу; легко переходить межі дозволеного, закони й моральні норми - ніщо, їх при потребі можна обійти; сумнівна діяльність; прагнення використати оточуючих у своїх цілях, вигідні знайомства; скептичне ставлення до таких якостей, як працелюбство, терпіння, наполегливість.

4. Сім'я з орієнтацією на застосування сили ("конфліктна сім'я"): процвітає культ фізичної сили; поняття "мужність", "сміливість", "прямота", "безкомпромісність" трактуються "з позиції кулака"; уживаються грубі слова, бійки, неперервні конфлікти в самій сім'ї; агресивна поведінка щодо зовнішніх противників, а то й сусідів.

Модель третя:

Характеризуючи життєвий цикл сучасної сім'ї, виокремлюють такі фази сімейного життя : залицяння ("характерні ознаки цього періоду: відсутність досвіду самостійного, фінансово незалежного життя, житлові проблеми з лібералізацією сексуальних стосунків, що ведуть до поширення альтернативних форм шлюбу, підвищення рівня позашлюбної народжуваності); фаза життя без дітей (встановлення правил співжиття, розподіл обов'язків, узгодження інтересів, визначення цінностей, сексуальна адаптація, пристосування до родичів тощо); фаза експансії (народження дітей) - узгодження стосунків молодят з молодими бабусями й дідусями, ускладнення проблем (напруженість бюджету, дефіцит часу, обмеження можливостей відпочинку, складність поєднання домашніх обов'язків із трудовою діяльністю й т. ін.), перебудова функціонально-рольової структури сім'ї; фаза стабілізації сім'ї (вирішення проблем, пов'язаних із кризою середнього віку батьків та кризою

дітей підліткового віку; прояв елементів розбалансованості колективістських стосунків, емоційної близькості; поява сексуальних проблем подружжя, неадекватності способів взаємодії подружжя, батьків та дітей); фаза, коли діти залишають батьківський дім (порушення звичних правил і' стереотипів взаємодії, проблема компенсації емоційних втрат у зв'язку з віддаленням дітей від сім'ї, актуалізація нових життєвих цілей та цінностей на основі ситуації "порожнього гнізда"); фаза овдовіння (адаптація до зміни структури сім'ї).
Кожна фаза життєвого циклу сім'ї характеризується специфічними особливостями, зумовленими тенденціями її розвитку й пов'язаними з такими об'єктивними причинами, як науково-технічний прогрес, урбанізація, міграція населення, розвиток засобів масової інформації, емансипація тощо .

Типологія сім'ї в парадигмах загального підходу
Сьогодні робляться спроби вирішення проблеми типологізації сім'ї із загальних позицій (загальних підходів).
Систематизація таких підходів на окремих прикладах дана в навчальному посібнику Б.Ковбаса і В.Костіва [9,16-17]:
- за *кількістю дітей:* бездітна (інфертильна), однодітна, малодітна, багатодітна сім'я;
- за *складом:* велика сім'я, складна (сім'я декількох поколінь), проста або нуклеарна сім'я;
- за *структурою:* з однією шлюбною парою з дітьми чи без дітей; з однією шлюбною парою з дітьми чи без дітей з одним із батьків чоловіка (дружини), іншими родичами тощо;
- за *структурою влади:* авторитарні, демократичні та ліберальні сім'ї;
- за *розподілом ролей у сім "ї:* традиційні (патріархальні чи матріархальні) та егалітарні сім'ї;
- за *однорідністю соціального складу:* соціально гомогенні (однорідні) і гетерогенні (неоднорідні) сім'ї;
- за *стадією становлення сім'ї:* молоді (до 9 років), середні (10-19 років), зрілі (понад 20 років);
- за *сімейним стажем:* молодята; молода сім'я; сім'я, що очікує дитину: сім'я середнього подружнього віку; старший подружній вік; літні подружні пари;
за *якістю зовнішніх та внутрішніх меж:* ретрофлексуючі (тверда непроникна спільна межа і водночас прозорі індивідуальні межі) та дезорганізовані (надмірно прозорі зовнішні межі) сім'ї:
- за *якістю відносин (атмосфери) у сім'ї:* благополучна, стійка, педагогічно слабка, нестабільна, дезорганізована;
- за *географічною ознакою:* міська, сільська, сім'я, що проживає у важкодоступних районах;
- за *типом споживацької поведінки:* сім'ї з "фізіологічним" чи "наївно-споживацьким" типом (переважно з харчовою спрямованістю); сім'ї з

"інтелектуальним" типом споживання (тобто з високим рівнем витрат на придбання книг, журналів, на видовищні заходи тощо), сім'ї з проміжним типом споживання;

- за *рівнем виховного потенціалу:* виховально-сильні, виховально-стійкі, виховально-нестійкі, виховально-слабкі зі втратою контакту з дітьми;
- за *особливими умовами сімейного життя:* студентська сім'я, "дистантна" сім'я.

Кожен із типів сімей може мати свою відповідну класифікацію, що здійснюється за певними ознаками. Так, характеризуючи неповні сім'ї, залежно від наявності батька (матері) розрізняють *материнські та батьківські неповні сім'ї.* За кількістю поколінь у сім'ї розрізняють *неповну просту* - мати (батько) з дитиною чи декількома дітьми та *неповну розширену сім'ю* - мати (батько) з однією чи декількома дітьми та іншими родичами. За способом утворення виділяють такі типи неповних сімей:

1) *позашлюбну,*
2) *осиротілу,*
3) *розлучену,*
4) *сім'ю, що розпалась.*

Тобто, неповна сім'я утворюється внаслідок народження позашлюбних дітей, смерті одного із батьків, розлучення, фактичного розпаду сімейних відносин у рамках нуклеарної сім'ї при юридичному збереженні сім'ї.

Розрізняючи, наприклад, *благополучні й неблагополучні сім'ї,* дослідники виділяють: а) сім'ї, де батьки зловживають спиртними напоями, ведуть аморальний спосіб життя, вступають у конфлікт з морально-правовими вимогами суспільства (припускаються різних видів правопорушень); б) сім'ї з низьким морально-культурним рівнем батьків; в) сім'ї зі стійкими конфліктами у взаємостосунках між батьками, батьками та дітьми; г) неповні сім'ї; г) сім'ї, зовні благополучні, які допускають серйозні помилки, прорахунки в системі сімейного виховання внаслідок невміння будувати правильні взаємини між членами сім'ї, низької педагогічної культури та неосвіченості.

Характеристика основних типів сімей за різними ознаками підтверджує унікальність й соціальну своєрідність кожної конкретної сім'ї, у якій поєднуються риси традиційних і нових сімейних укладів. Аналогічно подана модель класифікації сімей у роботах В.Торохтія [19,108-121].

Таким чином, у сучасній науці існує безліч типологій сім'ї. Клієнтом соціальної роботи може стати сім'я будь-якого типу. Проте ступінь потреби в соціальній підтримці, її конкретне утримання, види допомоги, якої потребують або можуть потребувати сім'ї, що належать до різного типу, будуть різноманітні. Існує достатньо велика кількість моделей соціальної роботи з різноманітними типами сімей. У вітчизняній теорії й практиці соціальної роботи з різноманітними типами сімей як зразок може бути запропонована модель „Особливості роботи з різними типами сімей" І.Трубавіної. Наведемо її. [38,109-115]

1. Бездітна сім'я. Проблема здатності членів подружжя мати дітей або пошук прийомної дитини. Методи роботи: консультування, інформування, соціальна реклама, приклад. Напрямки роботи: подолання однобічної спрямованості членів сім'ї мати дитину (залучення їх до фасилітаторства, волонтерства, благочинності, просвіти); профілактика девіантної поведінки членів сім'ї, надання інформаційно-консультативної допомоги; організація груп за інтересами, груп взаємопідтримки, організація предметного дозвілля й спілкування. Форми роботи: клуби, секції, походи, спільне відзначення свят, індивідуальні консультації, відеолекторії, телефони Довіри тощо.
2. Багатодітна сім'я. Це сім'я, яка має 3-х і більше дітей. Проблема такої сім'ї: матеріальне забезпечення дітей, нестабільність статусу в суспільній свідомості, соціально-рольова нестабільність у сім'ї, наявність споживацьких життєвих установок. Методи соціально-педагогічної роботи: інформування, переконання, консультації, приклад, перенавчання, заохочення. Напрямки роботи: навчання сімейного бізнесу, інформування про права сім'ї і дітей, організація дозвілля, відпочинку й предметного спілкування батьків і дітей, представництво інтересів багатодітних сімей, організація підготовки й перепідготовки членів сім'ї. Форми роботи: курси, семінари, клуби, круглі столи, консультпункти, «гарячі» телефонні лінії, лекторії.
3. Малодітна сім'я. Проблема внутрішньосімейного спілкування, наявність егоцентричних якостей у дитини, проблема авторитету й лідерства членів подружжя. Методи роботи: переконання, навіювання, реконструкція характеру, створення й аналіз педагогічних ситуацій, переключення, консультування, заохочення, вправи. Напрямки роботи: формування тендерної рівності, культури миру в сім'ї, інформування про права членів сім'ї в самій родині, профілактика сімейних конфліктів, формування власної моделі сімейного виховання й корегування моделі сімейного життя, просвіта з проблем родинного виховання. Форми роботи: тренінги, консультпункти, вечори запитань і відповідей, розповсюдження брошур, буклетів серед батьків, дітей, лекторії, тематичні передачі з проблем родинного виховання і сімейних конфліктів на радіо, ТБ, виставки педагогічної літератури.
4. Молода сім'я. Проблема адаптації подружжя до сімейного життя, вироблення спільної моделі сімейного життя, відокремлення від батьківських сімей, розподіл соціальних ролей і оволодіння різними функціями сім'ї. Методи роботи: інформування, консультування, переконання, приклад, представництво, заохочення, вправи. Напрямки роботи: формування тендерної рівності в сім'ї, запобігання насильству в сім'ї, просвіта з прав і обов'язків членів сім'ї та молодої сім'ї в суспільстві, запобігання сімейним конфліктам, планування сім'ї, допомога в працевлаштуванні. Форми роботи: ярмарки професій, курси, тренінги, семінари, лекторії, передачі з проблем молодої сім'ї на ТБ, радіо, консультпункти, виїзні консультації, вечори запитань і відповідей, громадські

приймальні, спеціальні телефонні лінії, розповсюдження буклетів, брошур, презентації соціальних програм для молоді і молодої сім'ї, школи і клуби молодої сім'ї тощо.

5. Неповна сім'я. Проблема адаптації до нового статусу в соціумі, проблема виховання дітей через відсутність когось із батьків, матеріальні умови життя сімей, можливість розвитку в батьків та дітей девіантностей типу: "нерозвиненість батьківських почуттів", "емоційне відторгнення", комплексу неповноцінності в дітей чи батьків. Напрямки роботи: формування позитивного мислення, профілактика помилок у родинному вихованні, просвіта з прав сім'ї та дітей, корекція стосунків сім'ї та її членів з мікросередовищем, допомога в навчанні та працевлаштуванні дітей і батьків з неповної сім'ї. Методи роботи: інформування, консультування, переконання, навіювання, приклад, представництво, перенавчання, переключення, реконструкція характеру, педагогічні ситуації, вправи тощо. Форми роботи: групи підтримки чи самодопомоги, лекторії, консультпункти, тренінги, семінари, курси, ярмарки професій, громадські оплачувані роботи для дітей, організація предметного дозвілля, спілкування й відпочинку дітей і батьків.

6. Первинна сім'я. Проблема: вироблення власної моделі родинного виховання, яка відрізняється від батьківських, перерозподіл ролей та обов'язків у сім'ї у зв'язку з появою дитини. Методи роботи: інформування, приклад, вправи, переконання. Напрямки роботи: батьківська просвіта, робота з укріплення подружніх стосунків, формування тендерної рівності, запобігання насильству в сім'ї, допомога у працевлаштуванні сім'ї, організація дозвілля й відпочинку сім'ї. Форми роботи: школи молодих батьків, клуби сімейного спілкування, спільне відзначення свят, День сім'ї, День матері, розваги, ігри, тренінги, лекторії, передачі на замовлення на радіо, ТБ, вечори запитань і відповідей, педагогічний десант, виставки педагогічної літератури, консультпункти, ярмарки професій, перепідготовки тощо.

7. Вторинна сім'я. Проблема: згасання подружніх почуттів, кохання при накопиченні проблем сім'ї, виховання дітей; збільшення самостійності дитини й унаслідок цього — конфлікт між батьками і дітьми; конфлікти між чоловіком і дружиною з приводу самостійності дітей, їх виховання. Методи: консультації, переконання, навіювання, контракт, приклад, вправи, реконструкція характеру, педагогічні ситуації, переключення. Напрямки роботи: корекція сімейних стосунків, формування толерантності, культури миру в сім'ї, профілактика насильства в сім'ї, батьківська просвіта, організація дозвілля, відпочинку і предметного спілкування членів сім'ї. Форми роботи: сімейні клуби, конкурси, походи, вікторини, змагання, курси сімейного бізнесу, тренінги, лекторії на замовлення, сімейні свята, консультпункти, телефони і пошта "Довіри", виставки педагогічної літератури тощо.

8. Позашлюбна сім'я. Проблема: неоформлені стосунки позначаються на обов'язках щодо членів сім'ї, стосунках з мікросередовищем, відсутність чітких уявлень про майбутнє сім'ї, відсутність розуміння в мікросередовищі, напруга очікування визначеності подружніх стосунків. Методи роботи: контракт, консультації, приклад, переконання, вимоги, соціальна реклама, реконструкція характеру. Напрямки роботи: пропаганда сімейного способу життя, просвіта з прав сім'ї та її членів, попередження відмов матерів від позашлюбних дітей. Форми роботи: передачі на радіо, ТБ, відеолекторії, консультпункти, телефони і пошта Довіри, притулки для жінок і дітей, розповсюдження буклетів, брошур.
9. Вторинношлюбна сім'я. Проблеми: ефект "ореолу" (стереотипи переваг попереднього чоловіка чи дружини порівняно з новим партнером), психологічний захист членів сім'ї, адаптація нового члена сім'ї до інших, взаємостосунки колишніх і теперішніх членів подружжя між собою і дітьми, з мікросередовищем, розвиток особистості дитини і формування в неї моделі сімейного життя. Методи роботи: консультації, вимоги, переконання, приклад, навіювання, приклад, переключення. Напрямки роботи: подолання агресивності колишніх членів сім'ї один До одного, профілактика дитячої депресії, девіантної поведінки дітей в умовах різноманітних вимог батьків, насильства в сім'ї, подолання ворожості матері до дітей, які схожі на колишнього чоловіка (і навпаки), допомога в адаптації сім'ї до нової структури, пропагування сімейного образу життя, корекція внутрішньосімейних стосунків і стосунків сім'ї з мікросередовищем, формування тендерної рівності. Форми роботи: консультпункти, клуби сімейного спілкування, підліткові клуби, гуртки, лекторії на замовлення, телефони і пошта "Довіри", групи взаємо- і самопідтримки, тренінги, курси, семінари.
10. Міжнаціональна сім'я. Проблема: взаємостосунків сім'ї з мікро-та макросередовищем, вибору дітьми національної приналежності, вибору батьками традицій, освіти, релігії, громадянства дітей, ставлення членів сім'ї до національних та релігійних цінностей, спілкування із співвітчизниками. Методи роботи: просвіта, вимоги, переконання, реконструкція характеру, "вибух", переключення, перенавчання. Напрями роботи: просвіта батьків і дітей, консультування, корекція сімейних стосунків, профілактика насильства в сім'ї, формування культури миру, толерантності, тендерної рівності, організація на основі національних традицій і загальнолюдських цінностей дозвілля і відпочинку сімей. Форми роботи: тренінги, курси, семінари, передачі на ТБ, радіо, спільне відзначення національних та державних свят, групи підтримки і самодопомоги, консультпункти, клуби сімейного спілкування, недільні школи тоїцо.
11. Дистантна сім'я (члени сім'ї — на відстані від неї з різних причин: заробітки, ув'язнення, лікування, неспроможність утримувати сім'ю і передача дітей тимчасово в інтернат). Проблема: .епізодичність виховних впливів на дітей, брак сімейних стосунків, що приводить до "емоційного відторгнення" батьків дітьми,

протиставлення батьківських ставлень до дітей, непорозуміння дітей з мікросередовищем, неузгодженість поглядів батьків на виховання дітей. Методи роботи: консультування, вправи, переконання, реконструкція, переключення, контракт, приклад. Напрямки роботи: адаптація членів сім'ї до зустрічей і нових розлучень, стабілізація і корекція внутрішньосімейних стосунків, допомога в організації спілкування на відстані, організація груп взаємопідтримки, самодопомоги, залучення дітей до культурно-дозвіллєвої діяльності, профілактика сімейних конфліктів. Форми роботи: консультпункти, групи само- і взаємодопомоги, гуртки за інтересами, клуби спілкування, спільне відзначення свят, благодійні акції, екскурсії, походи, тренінги.

12. Вторинний шлюб. Проблема: діти вийшли із сім'ї до самостійного життя, батьки лишилися сам на сам з негарним здоров'ям, згаслими почуттями, інколи без роботи, але із звичкою самоутверджуватися в житті. Методи роботи: інформування, приклад, переконання, вимоги, вправи. Напрямки роботи: допомога в пошуку нових життєвих цілей, збереженні здоров'я, турботі один про одного, формування толерантності, емпатії, культури миру в сім'ї, організація спілкування, дозвілля і відпочинку сімей. Форми роботи: клуби, секції здоров'я, групи взаємо-і самопідтримки, тематичні круглі столи, передачі на ТБ, радіо, волонтерська допомога вдома, буклети, брошури, виставки літератури з питань цінностей, здоров'я, благодійні акції, спільне відзначення свят, об'єднання поколінь у громадській роботі.

13. Різнорідна сім'я (соціально-гетерогенна сім'я, у якій різне освітнє, соціальне становище чоловіка і дружини). Проблема: самореалізація членів сім'ї, неузгодженість поглядів, цінностей, цілей подружжя, приховування сімейних негараздів з причини ревнощів, підозри, наявність у кожного з членів подружжя власних інтересів і мікросередовища, лідерство одного із членів сім'ї в поєднанні з авторитарним стилем спілкування викликає негативізм і опір з боку інших членів сім'ї, діти або несамостійні, неініціативні, або з девіантною поведінкою, стосунки між батьками і дітьми напружені й базуються на обов'язку, відповідальності, а не на щирості, довірі, любові, повазі. Методи роботи: переконання, навіювання, консультування, педагогічні ситуації, реконструкція характеру, переключення, перенавчання, "вибух", паралельна педагогічна дія, контракт. Напрямки роботи: допомога в професійній та особистій самореалізації членам сім'ї, профілактика сімейних конфліктів, формування тендерної рівності, толерантності, культури миру в сім'ї, організація сімейного дозвілля і предметного спілкування, батьківської просвіти, профілактика девіантної поведінки членів сім'ї в родині, ознайомлення членів сім'ї з правами дітей і дорослих у сім'ї. Форми роботи: тренінги, семінари, консультпункти, "гарячі" телефонні лінії, телефони Довіри, лекторії, курси підвищення кваліфікації, брошури, буклети, виставки літератури, клуби дівочі, жіночі, спілкування, зустрічі з цікавими людьми, вечори запитань і відповідей.

14. Складна сім'я (патріархальна). Проблема: самостійності дорослих дітей, адаптація нових членів сім'ї в налагодженому поколіннями життєвому укладі сім'ї, формування моделей сімейного життя й виховання дітей в умовах традицій, авторитету старшого покоління, лідерства в розв'язанні загальносімейних завдань, можливість появи девіантності типу "виховання невпевненості", спілкування членів сім'ї із власним мікросередовищем. Методи $_t$ роботи: переконання, переключення, реконструкція характеру, приклад, інформування. Напрямки роботи: батьківська просвіта, просвіта про права сім'ї в суспільстві й права дітей у сім'ї, профілактика насильства в сім'ї, формування тендерної рівності, толерантності, культури миру, створення умов для самореалізації непрацюючих членів сім'ї через залучення їх до громадської діяльності, благодійних акцій, організація дозвілля, спілкування за інтересами. Форми роботи: клуби, гуртки, сімейні і державні свята, вечори відпочинку, розваги, ігри, сімейні конкурси, курси, тренінги, лекторії, екскурсії, конференції, благодійні акції, громадські приймальні, фасилітаторство, зустрічі з цікавими людьми, пошта Довіри, круглі столи з питань молодіжної і сімейної політики.

15. Опікунська сім'я. Проблеми: соціальний статус опікунів — робітники, службовці, пенсіонери, - який є малооплачуваним і вимагає додаткових пошуків роботи; вік — 50% опікунів старше 50 років, найчастіше це бабусі; відсутність досвіду виховання нерідних дітей і проблеми адаптації цих дітей в опікунській сім'ї та новому мікросередовищі, прискореної підготовки дітей до дорослого життя: у 18 років вони повинні вже самостійно розв'язувати всі життєві проблеми, мати роботу, житло. Методи роботи: перенавчання, - інформування, консультації, приклад, представництво, переконання, вимоги, соціальна реклама. Напрямки роботи: підготовка опікунів до виховання й догляду дітей, підготовка рідних і нерідних дітей до входження в опікунську сім'ю, адаптація сім'ї в мікросередовищі, а нерідної дитини — у сім'ї та школі, супровід опікунської сім'ї, підготовка сім'ї до виходу з неї дитини, яка знаходиться під опікою, підготовка дитини до самостійного життя. Форми роботи: тренінги, семінари, круглі столи, сімейні вечори, спільне відзначення свят, екскурсії, консультпункти, рейди-перевірки, виставки педагогічної літератури.

16. Сім'ї,де є засуджені батьки, старші брати. Проблема: незадоволеності дитини відсутністю батька, ставлення матері до відсутнього батька, яке вона переносить на дитину, негативне ставлення мікросередовища до такої сім'ї, ліасильство щодо дітей у сім'ї. Методи роботи: інформування, переконання, навіювання, вимоги, аналіз конкретних ситуацій, переключення, консультації, реконструкція характеру. Напрями роботи: допомога в організації контактів між членами сім'ї, профілактика негативних явищ і девіантної поведінки, попередження боротьби з насильством у сім'ї, адаптація сім'ї в мікросередовищі, корекція внутрішньосімейних стосунків, організація предметного дозвілля й відпочинку дітей, формування позитивного мислення в

членів сім'ї, упевненості у своїх силах і позитивного ставлення до засуджених. Форми роботи: зустрічі членів сім'ї, бесіди, тренінги, консультпункти, рейди-перевірки, групи взаємопідтримки.

Особливості соціальної роботи із сім'єю

Розуміння сутності поняття "сім'я", типологічний аналіз сім'ї дозволяє визначити основні особливості соціальної роботи із сучасною сім'єю.

Соціальна робота як чинник стабілізації сімейного способу життя

Насамперед соціальна робота із сім'єю є одним із двох магістральних напрямків, що сприяють стабілізації сімейного способу життя (друге стосується підвищення рівня соціальної суб'єктивності самої сім'ї).

Як відзначає Т.Шеляга, „Перш, ніж чим відбутися як homo sapiens, людина сформувався як homo familis. Протягом історії становлення людства як сукупності "людей розумних", як сполучення різного рівня соціальних співтовариств, не було жодної моделі розвитку, що створювалася б не на основі сім'ї. Більш того, саме закріплення сапієнтності, мабуть, пов'язано із зародженням і становленням сімейного способу життя" [42,41-42].

Загальна поширеність сімейної форми організації життя призвела до переносу закономірностей сімейних стосунків на інші форми соціальних спільностей. Виникають образи "державної сім'ї" (суворий, але справедливий батько - правитель і діти-піддані, які потребують опіки), демократичного, цивільного товариства, культурологічні уявлення про суспільний устрій і т.ін. Стереотип взаємостосунків дітей і батьків, старших і молодших затверджується в будь-якій спільності, поєднаній особистими зв'язками.

У зв'язку з тим, що сім'я всебічно охоплює всі інші форми життєдіяльності, сімейний спосіб життя означає дослідження всіх форм життя товариства в цілому через призму сім'ї в сполученні й переплетенні тих взаємозв'язків, що стосуються сім'ї.

Подібні дослідження показують, що сполучення зовнішніх стосовно сім'ї соціально-економічних труднощів у нашій країні й загальносвітових, власне сімейних проблем, пов'язаних насамперед з так званою "кризою сучасної сім'ї", ставлять сім'ю в настільки складні умови, що власних її захисних сил виявляється недостатньо [13].

У зв'язку з цим загальновизнаною системою допомоги сім'ї є організація соціальної роботи в межах усієї держави й суспільства, здійснювана на фаховій основі, спеціально підготовленими людьми (соціальними працівниками), що належать до особливих структур (служб соціальної роботи).

Зміст соціальної роботи тут обумовлений тим, що сім'я, будучи всеосяжним соціальним інститутом, відбиває в собі практично всі соціальні проблеми:
малозабезпеченість, дискримінацію від злиднів малозабезпеченості до насильства й дискримінації.
Можна виділити три класи завдань, розв'язуваних соціальною роботою в сім'ї: сприяння виживанню сім'ї, допомога в підтримці її функціонування, а також сприяння розвитку (самоздійсненню) сім'ї. Обсяг кожного виду діяльності, розв'язуваних завдань залежить від стану й типу суспільства, його соціокультурних характеристик.

Чинник активності сім'ї в соціальній роботі з нею

На відміну від інших форм соціального сприяння соціальна робота - двостороння взаємодія. Соціальний працівник у галузі сімейного способу життя спирається на ресурси самої сім'ї, залучає її до активної участі, організації й спонуканню для розв'язання її власних проблем. Активність сім'ї як клієнта соціальної роботи виходить з принципу її суверенності:
- сім'я, що знаходиться у важкій життєвій ситуації, має право шукати допомоги й приймати її;
- сім'я також має право не приймати запропоновану їй допомогу;
- сім'я може вибрати з наявних варіантів той вид сприяння, що вона визнає найбільш прийнятним для себе, навіть у тих особливих випадках, коли їй підійшов би інший (на думку соціального працівника) вид допомоги;
- втручатися в особисте життя сім'ї можливо тільки з її згоди (за винятком випадків, обумовлених законом);
- ніяка сім'я і ні в якій ситуації не може бути залишена без підтримки під приводом "безнадійності", "непоправності", "марності" і т.п.

Чинник соціальної ситуації в соціальній роботі із сім'єю

Робота із сім'єю означає взаємодію в першу чергу з її соціальною ситуацією, тобто тій тимчасовій і соціальної певності, що містить у собі дійсний стан проблеми сім'ї і тих тенденцій, які призвели до неї, а також тих їхніх зв'язків і взаємозалежностей, що в першу чергу стосуються даного положення сім'ї і можуть бути використані для його перетворення в бажаному напрямку. Таким чином, робота із сім'єю з об'єктивною необхідністю містить у собі врахування ознак таких понять, як "проблемна ситуація" і "важка життєва ситуація".
Проблемна ситуація означає такий стан соціокультурного життя на всіх її рівнях, при якому на ендогенних (внутрішніх) або екзогенних (зовнішніх) чинниках раніше сталі процеси способу життя, взаємодій людей, їхні динамічні зв'язки з оточенням видаються необратимо порушеними, а механізми

відновлення балансу відсутні. Виникає необхідність перегляду (аж до відмови від них) звичних соціокультурних зразків, цінностей, узвичаєних норм, оскільки за обставин, що змінилися, вони втрачають функції засобів підтримки соціокультурного порядку, надійних орієнтирів при організації дій і взаємодій, що призводять до бажаних результатів.

Важка життєва ситуація - ситуація, що об'єктивно порушує життєдіяльність громадянина (інвалідність, нездатність до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, хворобою, сирітство, бездоглядність, малозабезпеченість, безробіття, відсутність визначеного місця проживання, конфлікти й жорстоке поводження в сім'ї, самітність і т.п.), що він не може перебороти самостійно.

Об'єктивна наявність "проблемного поля" соціальної роботи, детерміноване протиріччями самої соціальної дійсності, обумовлює той факт, що наявність тих або інших видів і інструментів соціальної допомоги сім'ї не означає автоматичної можливості розв'язання всіх проблем, що виникають. Так, наприклад, в умовах масштабного ресурсного дефіциту держави важко поліпшити ситуацію кожної визначеної сім'ї; виділивши ж допомогу сім'ї, що потребує її, ми ризикуємо збудити в ній утриманські настрої, прагнення до пасивного споживання допомоги. Тут особливо слід відзначити, що розуміння проблемного поля соціальної роботи із сім'єю у вітчизняній теорії й практиці соціальної роботи у визначеній мірі адекватно відповідає закордонному розумінню соціальної роботи, "орієнтованої на розв'язання завдань соціальної роботи"[42,144-145].

Технологічність соціальної роботи із сім'єю

Сучасним інструментом поліпшення соціальної ситуації сім'ї в межах соціальної роботи є соціальна технологія [34;35;36;37].

Уже сама класифікація відповідно до визначеної типології сім'ї створює основу технологічного підходу до соціальної роботи в сім'ї. Типові ситуації потребують типових процедур. Якісь з них стають алгоритмами, що закріплюються в нормативних *і* законодавчих документах (наприклад, послідовність дій при проведенні експертизи сім'ї). В інших випадках соціальний працівник може випустити ті або інші технологічні етапи конкретної роботи із сім'єю, якщо вони не потрібні або не ефективні в даних умовах, але знати весь технологічний "ланцюжок" він зобов'язаний.

Робота із сім'єю на основі технологічного підходу містить одне фундаментальне протиріччя. З одного боку, в умовах обмежених соціальних ресурсів і величезної кількості соціальних проблем сім'ї ефективність соціальної роботи з нею може бути досягнута тільки за допомогою послідовного й фахового застосування технологічного підходу. З іншого боку, ніякий технологічний підхід не гарантує повної ефективності соціальної роботи із сім'єю.

Вище було сказано, що призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб надати сім'ї можливість соціального функціонування, або підсилити її, або відновити у випадку втрати. Тут проглядаються два взаємозалежних і взаємодоповнюючих процеси - адаптація і трансформація, що в силу їхньої загальності можна назвати *соціальними метатехнояогіячи.* У роботі із сім'єю надзвичайно важливо розуміти ті процеси, що відбуваються на метатехнологічному рівні. Так, наприклад, адаптація сім'ї до суспільних реалій потребує трансформації якихось її конкретних характеристик. Але й суспільство не тільки може, але й повинно в ряді випадків трансформувати себе, ^іцоб адаптуватися до потреб сім'ї. Це можна сказати по відношенню, наприклад, до такої категорії сім'ї, як дезадаптована сім'я, для котрої асоціальна поведінка її членів нерідко є єдиною формою адаптації до нелюдського суспільства, що дозволяє їм вижити.

Метатехнологія соціальної роботи є вищим рівнем у системі її технологій. Далі виділяють загальні технології соціальної роботи, міждисциплінарні технології й методика в соціальній роботі та конкретні технології й методи соціальної роботи. У контексті технологічного підходу соціальна робота із сім'єю будується на основі визначених *принципів.* У якості основних виділяють такі[42,154-158]:

- *принцип універсальності* потребує виключити дискримінацію при наданні соціальної допомоги сім'ї за будь-якими ознаками ідеологічного, політичного, релігійного, національного, расового, вікового і т.п. характеру. Сприяння повинно надаватися кожній сім'ї через єдину причину - вона потребує допомоги;
- *принцип охорони соціальних прав* говорить, що надання допомоги сім'ї не може бути обумовлене вимогою до неї відмовитися від своїх соціальних прав або від частини їх. Наприклад, не можна зв'язувати допомогу, що надається багатодітній сім'ї, із вимогою до неї обмежити свою дітородну активність;
- *принцип соціального реагування* містить у собі усвідомлення необхідності вживати заходів по виявлених соціальних проблемах сім'ї, діяти відповідно до конкретних обставин соціальної ситуації індивідуальної сім'ї, а не обмежуватися тільки стандартним набором заходів, орієнтованих на "середню" сім'ю як споживача соціальних послуг;
- *принцип профілактичної спрямованості* описує необхідність починати зусилля по превенції виникнення соціальних проблем і життєвих утруднень сімей або по попередженню обтяження вже виниклих проблем. Практика показує, що попередити соціальне лихо завжди легше, чим згодом докладати зусиль для ліквідації його різноманітних наслідків. Скажімо, зберігання сімейних і шкільних зв'язків дітей, що виявилися в стані дезадаптації, для них самих, для їх близьких і для суспільства в цілому незрівнянно благоприємніше і прагматичніше, чим згодом боротьба з дитячим бродяжництвом, злочинністю і т.п.;

- *принцип клієнтоцентризму* означає визнання пріоритету прав сім'ї в усіх випадках, крім тих, де це суперечить правам і інтересам інших людей. Традиції тоталітарного суспільства змушують нас у багатьох випадках висувати на перший план інтереси держави й суспільства. Наприклад, при аналізі соціальної дезінтегрованості сім'ї прийнято говорити, що зниження народжуваності негативно позначиться на трудових ресурсах, якими суспільство буде розпоряджатися в наступних поколіннях, на контингенті призовників для Збройних Сил, що через визначену кількість років виявиться цілком недостатнім для потреб держави. Варто пам'ятати, що всі ці, безумовно, важливі пріоритети не можуть стояти на першому плані для соціального працівника: найважливіша мета його діяльності - забезпечення спроможності його клієнта (сім'ї) до соціального функціонування, створення сприятливих умов для його соціального самопочуття й розвитку. Потреби держави й суспільства задовольняються в результаті його діяльності лише опосередковано.
- *принцип опори на власні сили* підкреслює суб'єктну роль сім'ї, її активну позицію у вирішенні своїх проблем. Ніхто, крім самої людини, не може розв'язати її життєві утруднення, усунути конфліктну ситуацію, налагодити стосунки з близькими людьми. Соціальний працівник повинний консультувати сім'ю у виборі стратегій виходу з кризи, надавати їй психологічну допомогу, спонукати до самодопомоги, сприяти об'єднанню людей із подібними проблемами для спільного подолання труднощів. Зрозуміло, у цьому випадку мова йде про сім'ї достатньо дієздатних із погляду своїх інтелектуальних, психічних і фізичних ресурсів. Сім'я з обмеженими можливостями, діти, літні люди, які не мають потенціалу самодопомоги, мають право одержувати допомогу, не проявляючи при цьому власної активності;
- *принцип максимізації соціальних ресурсів* виходить з того, що кожна соціальна система з неминучістю виділяє мінімум засобів на надання соціальної допомоги інституту сім'ї. Правда, реальний розмір цих засобів залежить насамперед від соціально-економічних можливостей держави і від уявлень товариства про те, що входить у необхідний соціальний мінімум. Тому соціальні ресурси Німеччини або Швеції, наприклад, із їхніми стійкими економіками і традиційно високим рівнем життя відрізняються від рівня заможності соціальної допомоги в нашій країні з її труднощами в економіці й гранично аскетичними навичками населення. Проте дія принципу виявляється всюди: соціальні працівники повинні докладати зусиль для притягнення додаткових можливостей надання допомоги сім'ї, крім гарантованого мінімуму, шляхом звертання до діяльності неурядових, добровольчих, добродійних закладів, організації самодопомоги і взаємодопомоги, іншими, не забороненими законом, засобами;

- *принцип конфіденціальності* пов'язаний з тим, що в процесі діяльності соціальному працівнику надається доступна інформація про сім'ю, що, будучи розголошена, може принести шкоду їй, дискредитувати й опорочити її. Це відомості про хвороби, негативні навички, психічні захворювання, сімейні конфлікти, кримінальне минуле або
дійсність. Така інформація може використовуватися тільки у фахових цілях, вона не повинна розголошуватися, крім випадків, передбачених законом і пов'язаних із можливістю насильства, нанесення збитків якій-небудь особі, насамперед дітям;
- *принцип толерантності* пов'язаний з тим, що соціальна робота ведеться із найбільш різноманітними категоріями сімей, у тому числі із сім'ями, що можуть не вселяти симпатії спеціалісту. Політичні, релігійні й національні особливості сімейних індивідів, що потребують допомоги, їхні поведінкові стереотипи і сама їхня зовнішність може виявитися незвичною для осіб, які займаються соціальною роботою. Соціальні працівники не вільні від ілюзії вважати свою точку зору, свій стереотип поведінки, свої уявлення про гарне й погане єдино правильними й нормативними.
Зазначені принципи соціальної роботи із сім'єю відбивають її особливості як • управлінської, комунікативної, що володіє своєю психодинамікою діяльності, основні функції якої - діагностичні, медіаторські, фасилітативні, диспетчерські, посередницькі й ін., - залежать від сфери застосування й характеру розв'язуваних завдань.
Таким чином, соціальна робота із сім'єю є найбільш повним і великим полем докладання зусиль фахівців із соціальної роботи, оскільки універсальність сімейного способу життя перетворює кожну проблему індивіда, особистості в проблему сім'ї - дійсної, минулої або майбутньої. У соціальній роботі із сім'єю виявляються всі закономірності цього виду професійно-практичної діяльності, проте є також визначені риси, що специфічно належать тільки до галузі соціальної роботи із сім'єю.
Соціальна робота із сім'єю, крім того, що вона розглядається як така, яка має риси й ознаки особливого стосовно соціальної роботи в цілому як до загального, ця діяльність є ще й спеціальною, тобто регулюється поєднанням загальних і специфічних принципів соціальної роботи.

Загальні і специфічні принципи соціальної роботи із сім'єю

До таких принципів. насамперед відносять: принцип об'єктивності у двох, у крайньому разі, значеннях цього поняття: у широкому (соціальному) і вузькому (на рівні практики соціальної роботи). У широкому соціологічному аспекті принцип об'єктивності припускає об'єктивний підхід до проблем сім'ї на теоретичному й державно-організаційному рівні. Сьогодні соціальна робота в країні характеризується відсутністю об'єктивного підходу до офіційної фіксації

кризи сім'ї як соціальної проблеми, що, у свою чергу, заважає мобілізації суспільно-державних ресурсів на її дозвіл.

У вузькому розумінні принцип об'єктивності вимагає від фахівця в галузі сімейних стосунків придушення всіх проявів аберації (перекручувань у результатах соціального спостереження й технологічного вибору), що виявляються в' результаті дії чинників, унесених самим соціальним працівником. У взаємодії із сім'єю це непросто: кожний має певний досвід власної сім'ї або сім'ї своїх батьків, близьких, знайомих і т.ін. Саме через його соціальну первинність, нативність існує спокуса вважати цей свій досвід загальнозначущим, поширити його на життєдіяльність і спілкування всіх інших сімей. З іншого боку, щось нове, чого, не було в індивідуальному досвіді соціального працівника, може викликати реакцію “цього не може бути" або, гірше того, “цього не повинно бути" [42,163].

Таке прирівнювання власного життєвого знання до практики соціальної роботи із сім'єю є серйозною методологічною помилкою, що може спонукати соціального працівника, який не володіє навичками постійної саморефлексії, надавати своїм уявленням про сім'ю нормативну значимість і нав'язувати їх сім'ї клієнтів.

Принцип системності. З точки зору зазначеного принципу, сім'я - це:

- органічна єдність, що складає складну систему структурних елементів і функціональних взаємодій. Тому, вичленовуючи для розв'язання того або іншого спеціального завдання впливу на сім'ю той або інший відокремлений елемент цієї системи, варто пам'ятати, що таке вичленування умовно й тимчасово і служить для конкретних цілей визначеної потреби;
- цілісність сім'ї не статична, а динамічна. Активність сім'ї залежить від типу її структуроутворюючих зв'язків, що повинний знати і враховувати практичний соціальний працівник у своїй діяльності із сім'єю. Так, наприклад, солідарна сім'я, що володіє високим рівнем організації, гнучко реагує на суспільні обурення й перестроюється відповідно до нових вимог, не гублячи глибини й якості зв'язків. Дезорганізована сім'я має зв'язки "на межі розриву", що при слабкій зміні залишаються конфліктними, а при сильній - розриваються. Псевдосолідарна сім'я відрізняється ригідною жорстокістю своїх стосунків, при яких члени сім'ї "липнуть" один до одного, хоча це функціонально неефективно й психологічно болісно. Потенціал адаптивності такої сім'ї відносно невисокий;
-система по задоволенню вітальних і емоційних потреб (у захисті, визнанні, приналежності і т.ін.) своїх членів. Якщо істотні потреби сім'ї систематично не задовольняються, наступає дезорганізація сім'ї або хоча б деяких її зв'язків. За винятком ряду екстремальних ситуацій зовнішні чинники впливу на сім'ю роблять непрямий вплив на її стабільність порівняно з внутрішніми причинами. Соціальний працівник повинний тут ураховувати, що зміна в статусі, характері, засобі взаємозв'язку в одному елементі сім'ї викликає відповідну трансформацію

в інших. Тому сама методика впливу на сім'ю повинна бути системною, тобто містити систему системних методів і дослідницьких процедур, адекватних визначеним сторонам і зв'язкам процесу життєдіяльності сім'ї і її конкретних проблем.

Фамілієцентристський принцип (або принцип фамілісцентризму) потребує, щоб у процесі організації соціальної роботи на всіх її рівнях права й інтереси сім'ї стояли на першому місці, маючи пріоритет перед правами й інтересами держави, товариства і т.ін. Ті або інші політичні, економічні, соціальні заходи й рішення позначаються на житті сім'ї опосередковано. Соціальна ж робота із сім'єю - система безпосередньої допомоги, коли суспільний ефект її позначається в першу чергу в зміні соціального самопочуття сім'ї, і тільки опосередковано - у демографічних, економічних і т.ін. наслідках.

Наслідування принципу фамілісцентризму викликає теоретично не дозволене, але постійно актуальне питання про співвідношення прав сім'я і прав особистості в сім'ї. У цьому розумінні сім'ї - не сукупність суверенних особистостей, а якась нова якість. Можна припустити, що ця нова якість характеризує шлях перетворення кожного члена сім'ї "із мети для себе" у "мету для всіх".

Безпосередньо до практики соціальної роботи належать два конкретних тлумачення даного принципу. Відповідно до першого сім'я має право охороняти своє внутрішнє життя від зовнішнього вторгнення, за винятком випадків, визначених законом. Друге значення цього принципу суверенності сім'ї розкривається у визнанні права сім'ї удавати або не вдаватися до допомоги соціального працівника, залежно від власних уявлень і оцінок стану сімейних справ, приймати або не приймати цю допомогу.

Показові в цьому відношенні такі приклади[42,170]: Якщо подружжя думає, що в шлюбі їх повинні зв'язувати тільки ділові стосунки і побут і щиро вважають свою сім'ю нормативною, за всіма об'єктивними ознаками емоційної дезорганізації, утручання сімейного терапевта безтямно. Якщо внутрішньосімейне насильство і грубість є взаємоприйнятим структурним елементом стосунків і оцінюються за стародавнім правилом "б'є - виходить, кохає", спроба втручання може бути вороже зустрінута обома партнерами, що будуть відстоювати свою систему взаємин, і виявитися неефективною. Не можна нав'язати індивіду або групі свою систему цінностей або уявлень. Проте, мабуть, автоматичним стимулом для втручання повинно служити будь-яке, не тільки брутальне, насильство стосовно дитини.

Загальнопрофесійні принципи конфіденційності й толерантності. Ці принципи відбивають основний зміст роботи соціального працівника по наданню допомоги сім'ї, що полягає в тому, щоб підвести сім'ю і її членів до розуміння, усвідомлення своєї проблеми, що, як правило, закрита зовнішніми неочевидностями й довгостроковими самообманами, і далі допомогти їм визначити ту "ціну", яку вони спроможні й бажають "заплатити" за вирішення иієї проблеми. Сімейний соціальний працівник разом із членами сім'ї розглядає

сценарії розвитку їхніх сімейних ситуацій у результаті тих або інших дій, а також бездіяльності. Таким чином, у компетенцію соціального працівника входить можливість допомогти сімейному клієнту оцінити, що він у змозі змінити у своїх обставинах, і психотерапія з приводу того, що він змінити не в силах. Перевищення "повноважень" у межах позначеної компетенції призводить до помилок типу "життя втрьох", коли сімейний соціальний працівник якби стає членом сім'ї і бере на себе переструктурування внутрішніх стосунків у ній і, звичайно, усю відповідальність за подальшу долю конкретної сім'ї. Це, природно, неприйнятно і з точки зору фахової етики соціальної роботи, і з точки зору особистісних ресурсів соціального працівника.

Урахування специфіки сім'ї в соціальній роботі з ній

Крім специфічних принципів, що ставляться до соціальної роботи із сім'єю, мова може йти і про саму специфіку сім'ї, знання й розуміння котрої необхідно соціальному працівнику з метою ефективності власної діяльності.

Сім'я - один із найбільш консервативних соціальних інститутів і опирається всяким змінам. Але, непомітний на перший погляд, вплив соціального середовища, накопичуючись, викликає різку зміну всередині сім'ї і сімейного способу життя. У результаті виникає ефект "накопичення проблемності" сімей, що обтяжений різноманітними труднощами. Зняття зазначеного ефекту засобами соціальної роботи, на думку вчених, лежить у галузі феномена й феноменології "соціального мінімуму" у віднесенні сімей до тієї або іншої категорії.

До комплексу соціального мінімуму входять економічні дані, прибуток на душу, рівень і якість харчування, забезпеченість житлом, можливість доступу до систем охорони здоров'я й освіти, інформації й культури. Дефіцит щодо будь-якого із зазначених показників припускає відповідну "присутність" і участь сімейного соціолога.

Сім'я є колективним клієнтом соціальної роботи. Як такий, вона має складну об'єктно-суб'єктну природу, споживаючи допомогу різноманітних соціальних служб, але в той же час займається самодіяльністю по забезпеченню власного виживання, зберігання своїх функціональних завдань і структурних зв'язків.

Завдання соціального працівника полягає в тому, що він повинний диференціювати сім'ї, із якими він буде працювати за ознакою спроможності сім'ї до самодостатності в галузі споживання соціальних послуг. Справа в тому, що в деяких, поки виняткових випадках, власний потенціал сім'ї достатній для того, щоб, використовуючи внутрішні ресурси, поліпшити свій стан за всіма життєво важливим для неї показниками (поліпшити свій економічний стан, перейти з розряду одержувачів допомоги в розряд фінансово незалежних суб'єктів, які самозабезпечуються тощо).Але не всі сім'ї спроможні до цього. Тому виникає необхідність відповідного аналізу з боку соціального працівника, на основі результатів якого може розгортатися згодом його відповідна діяльність.

Основним органом соціальної роботи із сім'єю є система закладів соціального обслуговування населення й соціальної допомоги сім'ї і дітям. Ця система "вловлює" проблеми сім'ї і доводить до неї різноманітні види підтримки. У найбільш загальному розумінні змістом діяльності територіальних соціальних служб є надання допомоги сім'ї в здійсненні нею своїх функцій і в усуненні дисфункцій, що виникають.

Більш конкретно тут можна говорити про наступне:

- у специфічних умовах "екстремальності" життя допомога може підрозділятися на класи за типами цілей і засобами: сприяння виживанню, сприяння підтримці життєдіяльності і сприяння розвитку;
- у сім'ї є проблемний комплекс, з яким вона існує весь Новітній час, відтворюючи його колізії в кожному новому поколінні. Тому змістом діяльності служб допомоги сім'ї повинно бути в ідеалі перманентне вирішення цих проблем разом із самою сім'єю;
- для розгляду сутності й локалізації проблемного сімейного комплексу необхідно звернутися до концепції сімейного циклу, що дозволяє впорядкувати різноманіття сімейних труднощів, що зустрічаються. Кожна сім'я має ознаки циклічності й завершеності. Цей процес володіє деякою невіддільною включеністю в сімейний цикл покоління своїх батьків і прародичів, дітей і онуків, і в цьому розумінні - безкінечний. Індивід, як член сім'ї, вступає в ланцюжок цих циклів, проходить типові, подібні в різних людей етапи - ситуації зі своїми, теж достатньо типовими, що повторюються, протиріччями й труднощами. Важливість процедури визначення відповідного етапу сімейного циклу для соціальнЬЇ роботи із сім'єю як раз і полягає в тому, що вона дозволяє з великою часткою можливості виділити коло проблем, що можуть бути властиві соціальній ситуації даної сім'ї, і висвітлювати ті сімейні проблеми, що до даної ситуації відношення не мають.

Соціальні проблеми сім'ї виявляються достатньо багатосторонньо. Значною мірою основні труднощі й потреба в професійній допомозі сім'ї залежать від її типу (див. "Типологія сімТ').

Покажемо це на прикладі неповної сім'ї.

Соціальні проблеми неповних сімей пов'язані в першу чергу з малозабезпеченістю, що обумовлена наявністю всього одного трудового прибутку в сім'ї. Крім того, іноді трудового прибутку в сім'ї немає взагалі, і сім'я змушена існувати або на різноманітних видах мізерної допомоги, або на "нетрудових прибутках", що, як правило, носять протиправовий характер. У цих сім'ях прибутки жінки, як правило, значно нижче прибутку чоловіків у силу її відставання на соціальній сходинці, викликаного обов'язками по догляду за дітьми. Необхідно відзначити, що якщо проблеми малозабезпеченості піддаються відносному вирішенню (благополучні країни в змозі виплачувати

дітям у неповних сім'ях порівняно щедру допомогу), то більш складними й такими, що не мають неоднозначного рішення, є соціально-психологічні проблеми, які присутні у внутрішньоособистісній сфері і міжособистісних стосунках членів неповних сімей, насамперед дітей. До них належать: образа, пригніченість і почуття власної неповноцінності, що можуть залишитися в дітей після розлучення батьків; почуття провини перед дітьми, через Що виникає гіперопіка стосовно них; труднощі в правильній статеворольовій ідентифікації й орієнтації дітей.

У сучасних умовах достатньо специфічними є проблеми батьківських неповних сімей через те, що: по-перше, це не традиційна модель, тому весь побут звичайного сімейного життя в межах громадської думки і сприйняття не цілком до неї пристосовані. По-друге, батько з дитиною (дітьми) більш "шлюбоздатний" порівняно із самотньою матір'ю. У цьому випадку однією з проблем такої сім'ї буде будівництво стосунків між дитиною (дітьми) і новою дружиною батька (можливо, із її дітьми).

Нещодавно утворилася масова категорія неповних сімей - це неповні розширені сім'ї, що творяться, як правило, на уламках якоїсь соціальної катастрофи (загибель батьків малолітніх дітей, батьки знаходяться в ув'язненні, безвісти відсутні і т.ін,). У цих сім'ях покоління прародичів змушене брати на утримання й виховання онуків.

Сучасні дослідження показують, що сімейні проблеми, які полягають у дисфункціональності сімейних зв'язків, у патологізації стосунків між чоловіком і дружиною, між батьками і дітьми, за загальним правилом не залежать від соціального статусу сім'ї: вони можуть "наздогнати" інтелігентну, забезпечену сім'ю з такою же можливістю, як малоосвічену або малозабезпечену. У даному випадку соціальні працівники можуть зайнятися наданням допомоги такій сім'ї переважно на етапі кризи, у момент конфлікту або розпаду, працювати ж над профілактикою сімейних дисфункцій, займатися налагодженням сімейних комунікацій у передкризовому стані більшості соціальних працівників і закладів соціальної роботи поки не під силу.

Види й форми соціальної допомоги, спрямовані на зберігання сім'ї як соціального інституту в цілому і кожної конкретної сімейної групи, що потребує підтримки, підрозділяються на екстренні, спрямовані на виживання сім'ї (екстренна соціальна допомога, термінова соціальна допомога, негайне видалення із сімей дітей, що знаходяться в небезпеці або залишилися без піклування батьків), соціальна робота, спрямована на підтримку стабільності сім'ї, і соціальна робота, спрямована на соціальний розвиток сім'ї і її членів.

Особливе положення займає діяльність, що пов'язана з реагуванням на внутрішньосімейну жорстокість - вона містить у собі всі класи допомоги, спрямовані на виживання, на підтримку і на розвиток. У цьому плані захист більш слабких членів сім'ї, у першу чергу дітей, від жорстокого поводження в

сім'ї - одне з найважливіших завдань соціального працівника. Такий рівень соціальної роботи, орієнтований на стабілізацію сімейних зв'язків, містить у собі нормалізацію стосунків між подружжям, між батьками і дітьми, взаємин усіх членів сім'ї з оточенням.

Така, наприклад, робота із сім'єю алкоголіка. У випадку роботи із сім'єю алкоголіка діагностика виявляє основну причину зловживання спиртними напоями й супровідні обставини. Для цього необхідно вивчення особистостей як самих питущих, так і членів їхніх сімей, а також вивчення соціальної біографії. Причини зловживання алкоголем можуть полягати в сімейній схильності (питущі батьки або навіть прабатьки), у деяких особливостях особистішого статусу (нестійкість особистості, інфантилізм, залежність), у традиціях сімейного або соціального оточення або в ілюзорній спробі піти від проблем за допомогою наркотично перекрученої свідомості. У реальності, утім, усі ці причини можуть бути переплетені між собою. їхній аналіз необхідний, тому що видима на поверхні конфліктність сім'ї в результаті пияцтва одного або декількох із її членів може подавати перекручену картину: до пияцтва вдають саме для того, Щоб таким засобом перебороти конфліктність, хоча б у своїй уяві.

Далі складається програма роботи із самою наркозалежною особою, із її сім'єю, із соціальним оточенням. Вона буде включати лікувальні заходи, консультації, психотерапію й психокорекцію, можливо, соціально-трудову реабілітацію самого алкоголіка і його сім'ї. Медична реабілітація алкоголіків має дотепер невисоку ефективність і великий відсоток рецидивів, тому що пролікований пацієнт повертається в те ж середовище, що штовхнуло його до пияцтва. Сім'я, що звикла за довгі роки до існування в умовах перманентної кризи і виробила визначений гомеостазис, вільно або мимоволі штовхає його до поновлення пияцтва. Особистісних ресурсів слабкої людини недостатньо, щоб перешкоджати таким тенденціям.

Тому робота з такою сім'єю містить у собі формування мотивації клієнта і його сім'ї на безалкогольне існування і побудову іншої системи взаємин; психокорекційні заходи, спрямовані на виховання особистості, спроможної бути хазяїном власної долі, орієнтованих на безалкогольний спосіб життя або на створення такого об'єднання. У якості однієї з найефективніших технологій по створенню сприятливого середовища, що сприяє тривалому лікуванню від алкоголізму, можна відзначити рух "Анонімні алкоголіки", а також програми: "Анонімні діти алкоголіків", "Анонімні наркомани", "Анонімні співзалежні" та інші[42,195-196].

Таким чином, специфіка соціальної роботи із сім'єю полягає в її захисті й охороні. Захист і охорона сім'ї, модернізація її моделі, всебічне зберігання її в сучасному світі виступає завданням уоіх соціальних інститутів. Редукція сімейного способу життя обертається погрозою редукції людської цивілізації як такої. Тут соціальна робота служить найважливішим інститутом, що забезпечує

більшості сімей найбільш сприятливі умови життєдіяльності, а інститут сім'ї в цілому - можливість стабілізації й подальшого розвитку.

Конкретні технології соціальної роботи із сім'єю

Конкретні технологи соціальної роботи із сім'єю ґрунтується на позначених технологіях більш високого рівня ієрархії в системі технологій соціальної роботи і розраховані на сім'ї різноманітних типів і різноманітних категорій клієнтів (інвалідів, пенсіонерів, біженців і т.ін.). Залежно від сказаного використовуються відповідні технології. При цьому під технологією соціальної роботи розуміється одна з галузей соціальної технології, орієнтованих на соціальне обслуговування, допомогу й підтримку клієнтів, які знаходяться у важкій життєвій ситуації [36,8].

Приклади конкретних технологій

Наведемо ряд прикладів технологій соціальної роботи із сім'єю [23;27;34;35;36;37].

Сімейна терапія. її суть полягає в проведенні бесіди серед членів сім'ї або декількох сімей із подібними проблемами. Усвідомлення реальної сімейної проблеми має діагностико-терапевтичне значення, при якому виявлене й усвідомлене утруднення змушує членів сім'ї переглянути свою поведінку, допомагає їм перебороти бар'єр винятковості ситуації й виробити позитивне ставлення до проблеми, створює можливість позитивного її вирішення.

Відповідно сімейна терапія містить у собі знаходження компромісу в культурно-значеннєвій сфері, корекцію соціально-психологічних стереотипів, що накопичилися, (поглядів на економічний добробут, різноманітних моделей сім'ї, на виховання дітей, на емоційні побутові, фінансові та інші взаємини), навчання навичкам неконфліктного спілкування. Сімейна психопрофілактика. її суть полягає в розробці й регулярному виконанні засобів розрядки психічних напруг, що виникають у сім'ї. Тут основне навантаження лягає на подружжя, але допомога сімейного соціального працівника їй необхідна. Між ним і г одружжям (за обопільною згодою подружжя) може бути укладений договір (без офіційної реєстрації й у довільній формі) про те, у якій формі подружжя готове піти назустріч один одному, щоб ліквідувати конфлікт у сім'ї. У разі потреби соціальний працівник удається до допомоги спеціалістів (сексолога, нарколога, психолога й інших).

У практиці сімейної психопрофілактики існує ряд багатосторонніх методик, які добре себе зарекомендували. Однією з такий методик є побудова генограми сім'ї. Генограма - це схема сімейної історії, утворювана за визначеними правилами і що відображає взаємини в поколіннях прародичів, батьків і в самій сім'ї. Процес побудови генограми володіє рядом значних переваг у вирішенні завдань сімейної психопрофілактики: він достатньо захоплюючий і задовольняє одну з глибинних потреб людей у знанні своїх коренів; у ході нього члени сім'ї, що могли не

спілкуватися практично довгий час, утягуються в єдину діяльність; підсумкова картина тут має значну інформативність генетичного, онтогенетичного або придбаного характеру. Прикладом ще однієї такої методики служить методика "сімейної угоди". Суть її в наступному:

- її здійснення починається із суб'єктивного виявлення претензій подружжя один до одного і зняття емоційних ярликів типу: "у нього ніколи часу на сім'ю не залишається" або "вона завжди всім незадоволена";
- далі відбувається заміна подібних беззмістовних звинувачень викладом конкретних неправильних дій;
- згодом на основі довільного договору виробляється мінімальний взаємно прийнятний список зобов'язань по зміні поводження обох сторін на середній термін - від місяця до півроку;
- по закінченню терміну подружжя разом із соціальним терапевтом проводить аналіз виконання договору і при необхідності укладає аналогічну угоду на такий період;
- згодом присутність соціального працівника стає непотрібною, тому що подружжя набуває навичок самостійного оперування цим методом.

Надання соціальної допомоги сім'ї. Ґрунтується на видах і формах соціальної допомоги, мета яких -зберігання сім'ї як соціального інституту в цілому і кожній конкретній сім'ї, що потребує підтримки. Соціальна допомога сім'ї тут може бути екстренна, термінова, тобто спрямована на виживання сім'ї (екстренна допомога, термінова допомога, негайне видшіення із сім'ї дітей, що знаходяться в небезпеці або залишилися без піклування батьків), напрямки на підтримку стабільності сім'ї, на соціальний розвиток сім'ї і її членів. Так, наприклад, надання соціальної допомоги сім'ї алкоголіка буде означати таку технологічну процедуру:

- проведення діагностики, що має на увазі виявлення основної причини зловживання спиртними напоями й супровідними обставинами (вивчення особистостей усіх членів сім'ї, а також вивчення соціальної біографії);
- аналіз виявлень причин на основі детермінації її джерела (або пияцтво є причиною конфлікту в сім'ї, або, навпаки, до пияцтва вдають, щоб піти від конфлікту);
- упорядкування програми роботи з наркозалежною особою, членами її сім'ї, соціальним оточенням (лікувальні заходи, консультації, психотерапія і психокорекція, соціально-трудова реабілітація самого шікоголіка і його сім'ї і т.ін.);
- змістом і засобами такої роботи є формування мотивації клієнта і членів його сімей до безалкогольного способу життя й побудови іншої системи взаємин; психокорекційні заходи, спрямовані на виховання (собистості, спроможної бути хазяїном власної долі; уведення клієнта в об'єднання або клуби-прихильників безалкогольного способу життя або створення такого об'єднання ("Анонімні алкоголіки", "Анонімні діти алкоголіків", "Анонімні наркомани" і ін.).

Сімейне посередництво у розв'язанні сімейних конфліктів. Можна виділити деякі технологічні стадії цього процесу:

- визначення готовності клієнта до вирішення сімейного конфлікту або, принаймні, установлення факту готовності клієнтів випробувати можливості фахового посередництва;
- створення потрібної обстановки для спільного вирішення проблеми, для спілкування з конфліктуючими членами сім'ї;

уведення конфліктуючих сторін у фазу вироблення альтернативних рішень сімейної проблеми (прагнення до зближення альтернатив, до перебування найбільш прийнятного, компромісного варіанта дозволу конфлікту);

- спрямованість зусиль соціального працівника на зняття недовіри до себе і до даного виду соціальної допомоги сім'ї, не тільки на виявленні й вирішенні сімейних конфліктів, але і на їхню профілактику;
- делікатність, рішучість і координованість дій із правоохоронними органами з боку соціального працівника в тих випадках, коли сімейний конфлікт переростає в екстремальну ситуацію, що являє загрозу життю й здоров'ю людей.

Сімейне консультування. Найважливіший напрямок соціально-особистісного (соціально-психологічного) консультування, що охоплює такий спектр проблем, як стосунки між подружжям, між ними і їхніми батьками, дітьми і батьками. Основними проблемами сімейного консультування є проблема шкільної успішності дітей у сім'ї й проблема виховання дітей, які мають порушення в психофізіологічному розвитку. З приводу вирішення зазначених проблем у технології сімейного консультування повинні діяти ряд загальних правил:

- обов'язкове наповнення батьківської скарги -запиту конкретним змістом на основі одержання від батьків опису поведінкової ситуації, що стала основою запиту;
- використання принципів "стереоскопічності'" в погляді на ситуацію, тобто фіксації цього погляду як із суб'єктивних (пов'язаних із розумінням ситуації з боку членів сім'ї), так і з об'єктивних (аргументованих консультантом) позицій;
- спільне з батьками висування консультантом гіпотези про історію розвитку "негативної" риси в членів сім'ї і можливих шляхів її подолання.

Наведені приклади конкретних технологій соціальної роботи із сім'єю демонструють такі обставини:

- конкретні технології сімейної роботи достатньо багаточисельні й різноманітні, і багато хто з них фактично виходять за рамки власне теорії й практики соціальної роботи, вторгаючись у предмет соціології, соціальної психології, феноменології, соціальної педагогіки, загальної психології і педагогіки й інших наук;
- вибір технології сімейної роботи визначається як обставинами конкретної соціальної ситуації, включаючи характерологічні риси сім'ї як клієнта соціальної

роботи, так і професійно-особистісними якостями самого соціального працівника (спеціаліста), його освіченістю, смаками й перевагами;
- згодом кожний досвідчений спеціаліст по-своєму трансформує відповідні технології, створює власну контамінацію з декількох схожих технологій;
- сутністю всіх застосовуваних технологічних засобів є робота по здійсненню й закріпленню тих змін, що призводять сім'ю до бажаної стабільності.

Розвиток нових підходів в Україні до практики соціальної роботи із сім'єю

Найбільш повно нові підходи до практики соціальної роботи із сім'єю в Україні відбиті в ряді навчальних посібників [3;8;9;11;29;30;38;39].
Вітчизняні теоретики й практики соціальної роботи, розробляють новаційні і інноваційні підходи в галузі соціальної роботи із сім'єю.
Такі кроки покликані насамперед перебороти визначене засилля відповідних закордонних парадигм, що, з одного боку, "засмічують" проблемне поле соціальної роботи із сім'єю в Україні, але мають "раціональне зерно", а з іншого, - затушовують" специфіку соціальної роботи в Україні, відволікаючи її тим самим від вирішення нагальних, першочергових завдань соціальної роботи із сім'єю в Україні. До їхнього числа може бути віднесена розробка таких основних проблем і аспектів соціальної роботи із сім'єю й у сім'ї:
- моделі деінституціалізації (тобто переміщення дітей із „масових" закладів (інституцій) в альтернативне, більш турботливе середовище, а також надання допомоги за місцем проживання) та можливі напрямки роботи із сім'ями та їх дітьми (див. Таблицю „Моделі деінституціалізації") [30,11].

Таблиця 2
Моделі деінституціалізації

Моделі	Зміст роботи
Планування родини	Статеве виховання, роз'яснювальна та просвітницька робота серед молоді щодо запобігання небажаної вагітності, планування сім'ї
Запобігання відмові га розміщенню дітей у державних закладах	Підготовка молодих батьків, соціальна підтримка вразливих сімей, у т.ч. матеріальна. Індивідуальний супровід сімей з дітьми, розвиток і надання соціальних послуг сім'ям, які мають дітей з особливими потребами

Реінтеграція кровної/ біологічної родини	Надання послуг щодо возз'єднання та реабілітації сім'ї
Усиновлення/ удочеріння	Пошук сімей, які беруть на виховання $_t$ неповнолітню дитину на правах сина чи доньки й оформлюють це спеціальним юридичним актом (рішенням суду)
Прийомні родини	Пошук, підготовка та підтримка сімей, які добровільно взяли із державних закладів від І до 4 дітей на виховання та спільне проживання
Дитячі будинки сімейного типу	Пошук та підтримка сімей, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування

-етичні принципи соціальної роботи із сім'ями, розроблені соціальними службами підтримки сім'ї (див. Таблицю „Етичні принципи соціальної роботи із сім'ями")[30,20]

Таблиця 3

Етичні принципи соціальної роботи із сім'ями

Принцип	Пояснення
Партнерство	Налагодження партнерських зв'язків із сім'ями, місцевими спільнотами та конкретними особами для вирішення соціальних проблем
Увага	Уважне ставлення до клієнтів, вислуховувати дітей, членів сімей та окремі групи людей і робити все для того, щоб їх почули представники влади та громадськості
Представництво інтересів	Захищати й представляти інтереси найбільш незахищених громадян та груп перед органами влади й громадськістю. Захищати інтереси дітей та їхні права

Визнання рівності	Звертати увагу на проблему нерівності і дискримінації, якої можуть зазнавати люди через свій вік, стать, національність, рівень заможності, сексуальну орієнтацію, інвалідність тощо, і намагатись, наскільки це можливо, подолати дискримінацію, від якої страждає клієнт
Визнання відмінностей	Визнавати різницю в статі, расовій принадлежності, релігійних переконаннях, здібностях, культурі, матеріальному становищі, сексуальній орієнтації, віці - усе те, що впливає на наше сприйняття один одного. Поважати ці відмінності й не дозволяти, щоб наші особисті переконання й цінності впливали на професійне ставлення до клієнтів
Захист громадянських прав	Розглядати захищеність та задоволення потреб дитини як її невід'ємні громадянські права, і для забезпечення цих прав представляти інтереси дітей перед відповідними органами влади, а також співпрацювати з відповідними інстанціями у випадку порушення прав дітей
Співпраця	Співпрацювати з іншими організаціями (державними і громадськими) для створення міжвідомчої мережі, яка б забезпечувала найефективніші послуги для сімей
Підтримка	Надавати практичну й психологічну підтримку сім'ям, які цього потребують

Обов'язки	Забезпечувати клієнтам найоптимальніші послуги й відповідально реагувати на їхнє прохання про допомогу, розглядаючи це як професійний обов' язок перед клієнтами та громадянами, з податків яких утримують державні соціальні служби
Професійна чесність	Бути чесним і звітувати перед керівництвом про всі свої дії та контакти з клієнтами, іншими спеціалістами й представниками громадськості. Розуміти свої професійні межі та пояснювати їх клієнтам

- створення експериментальних соціальних служб підтримки сім'ї (ССПС) (див. таблицю „Характеристика груп послуг, що надають ССПС") [30,52]

Таблиця 4

Характеристика груп послуг, що надають ССПС

Група послуг	Види діяльності
Надання прямої матеріальної допомоги	- надання харчування дітям; - забезпечення здорових та безпечних умов у помешканні дитини (косметичний ремонт або санобробка приміщення, заміна газової плити або купівля ліжка); - купівля спеціального
	обладнання для догляду за дитиною-інвалідом, - встановлення лічильників (на воду та газ); - придбання шкільного приладдя; - часткова оплата або реструктуризація боргу за комунальні послуги; - придбання одягу або

	взуття для дитини (для відвідування школи); - придбання насіння (розсади) для городу
Психолого -педагогічна робота з родиною	- посередництво в конфлікті (всередині сім'ї або з оточенням -родичами, сусідами, ровесниками дитини тощо); - психологічна підтримка (з метою заспокоїти, вивести з депресії, підняти настрій), психологічне консультування з питань внутрішньосімейних стосунків та потреб дитини; - навчання батьків навичкам догляду за дитиною; - залучення батьків до груп
Сприяння незалежності/ поліпшенню матеріального становища родини	- сприяння в пошуку житла; - придбання засобів для заробітку (купівля або оренда швейної машинки, обладнання для теплиці тощо); - консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку; - допомога в оформленні відсутніх документів; - сприяння в працевлаштуванні батьків; - сприяння в оформленні державних допомог, пенсій, пільг;
Сприяння навчанню та розвитку дитини	- влаштування дитини в дитячий садок; - влаштування дитини на професійне навчання; - запрошення дітей на розважальні заходи:
Сприяння захисту здоров'я та оздоровленню дитини	- влаштування дитини на оздоровлення; - організація медичного обстеження або догляду (лікарського або сестпинськогої:

Представництво інтересів та захист прав дитини	- представлення інтересів дитини перед адміністрацією школи,контроль за відвідуванням занять дитиною; - представлення інтересів дитини перед органами державної та місцевої влади; - залучення дільничного інспектора з метою припинення насильства або пияцтва в сім'ї; - представлення інтересів дитини перед органами опіки і піклування (листування з ними ,повідомлення про стан)
Сприяння відновленню контактів між батьками і дітьми, що перебувають в інтернатах	- оплата проїзду для дітей, - придбання для батьків продуктів, які ті можуть відвезти дітям; - посередництво між батьками та адміністрацією інтернату, якщо між ними були непорозуміння
Розширення мережі піклувальників про дитину	- допомога в оформленні опіки родичу дитини; - залучення інших родичів до піклування про дитину; - сприяння влаштуванню на виховання в прийомну сім'ю

Таблиця 5

Порівняння старої сільської сім'ї та сучасної міської сім'ї

Стара сільська сім'я	Сучасна міська сім'я

1. Трудові навички, уміння, знання, які передавали мати й батько своїм дітям, необхідні були для наступного життя. Трудові навички визначались спадковістю, що передавались "з рук в руки" від батьків і матерів до синів і дочок. Звідси -їхнє значення і прагнення дітей до найшвидшого їх засвоєння	1. Праця щодо обслуговування сім'ї не є головним професійним І заняттям, головною "справою життя" для матерів і батьків, а тим більше для їхніх дітей. Основне професійне навчання, основна робота буде "десь там, попереду", а домашня праця, навички домогосподарювання й обслуговування - це "другорядна", "перехідна справа"
2. Основна частина бюджету часу (робочого й позаробочо-го) "батьків і дітей" проходила у спільній діяльності. Звідси - можливості батьків здійснювати постійний коректив такої діяльності і поведінки дітей	2. В умовах зайнятості батьків і матерів у сфері суспільного виробництва, аі також навчання дітей у школі або відвідування ними поза- шкільних установ мати і батько мають обмежену часову можливість спільної діяльності з дітьми. За даними соціологів, спільне щоденне перебування матері й дитини ,вдома (крім сну) складає в середньому 4,5 год., а батька – 2,5 год.
3. Батько й мати в очах своїх дітей були живим прикладом носіїв трудових навичок, облагороджених такими моральними достоїнствами, як працелюбність, добропорядність, самопожертва, наполегливість, господарська честь та ін. "Роби, як я", - цей принцип був основоположним у трудовому зростанні дітей	3. Основна виробнича діяльність батьків, де проявляються їхні трудові й моральні якості (щодо трудового процесу), проходить, як правило, поза очима їхніх дітей. Словесні сентенції і повчання, непідкріплепі практичною діяльністю, звичайна річ, не мають достатнього виховного впливу
4. Тісне переплетення трудової і побутової сфер селянського господарства становило природну школу виховання в дітей розуміння органічного взаємозв'язку праці і споживання, знання справжньої „ціни копійки", „ціни шматка хліба"	4. Відбувся характерний для сучасного рівня розвитку суспільного виробництва перехід сім'ї з розряду виробничого осередку суспільства в осередок переважно споживацький. „Атмосфера споживання", у якій часто зростають діти, не може не вплинути на формування їхніх ціннісних установок, потреб, життєвих планів

Питання для самоперевірки

1. Наведіть приклади визначень сім'ї, що характериз) її як соціальний інститут, малу групу і систему стосунків.
2. Чим, на Ваш погляд, викликана велика кількість визначень поняття "сім'я" в теорії соціальної роботи?
3. За допомогою таблиці 1 ("Структура стосунків у сімТ схарактеризуйте розуміння сім'ї як системи сімейш стосунків.
4. Дайте визначення сімї та її характеристику на основі системного підходу.
5. Охарактеризуйте взаємозв'язок практики соціальної роботи із сім'єю і проблеми типології сім'ї.
6. Спираючись на свій життєвий досвід, наведіть приклади тих типів сім'ї, з якими Ви зустрічалися.
7. Використовуючи досвід навчально-фахової діяльності (систему практик), висловіть своє ставлення, аргументуючи його, до використання численних класифікацій у конкретній практиці соціальної роботи.
8. Покажіть, як в умовах Вашої фахової діяльності Ви використовуєте різноманітні підходи до розуміння сім'ї і її типології.
9. Висловіть своє ставлення до спроб вирішення проблеми типологізації сім'ї з позицій "загальних підходів". Проаналізуйте (за Вашим вибором, з урахуванням принципу конфіденціальності) конкретну сім'ю в парадигмах загального підходу.
10. Доведіть твердження про те, що соціальна робота із сім'єю сприяє стабілізації сімейного життя.
11. Які класи завдань вирішує соціальний працівник у сім'ї? Схарактеризуйте їх.
12. Схарактеризуйте сутність чинника активності сім'ї як клієнта соціальної роботи. Наведіть відповідні приклади.
13. Схарактеризуйте сутність чинника "соціальна ситуація" в роботі із сім'єю. Наведіть відповідні приклади.
14. Яким чином два взаємозалежних і взаємодоповнюючих соціальних процеси - адаптація і трансформація -відображаються в соціальній роботі із сім'єю?
15. Як Ви розумієте і ставитеся до феномена "соціальний мінімум" стосовно до роботи із сім'єю?
16. Наведіть приклади реальної дії загальних і специфічних принципів соціальної роботи із сім'єю.
17. Ґрунтуючись на власному особистісному або фаховому досвіді, наведіть приклад конкретної технології соціальної) хоботи із сім'єю.
18. У чому полягає цільовий, змістовний і технологічний; (методичний) компоненти розвитку нових підходів в Україні до практики соціальної роботи із сім'єю?
19. Обґрунтуйте з теоретичної і практичної точок зору твердження про те, що соціальна робота із сім'єю є найбільш великим полем діяльності спеціалістів соціальної роботи.
20. Розробіть конкретну програму соціальної роботи із сім'єю певного типу.

Тема 17 Специфіка соціальної роботи з представниками проблемних груп (груп ризику)

"Проблемна" ситуація в соціальній роботі

Соціальна робота завжди протікає і здійснюється в межах "проблемної ситуації", що характеризується таким станом соціокультурного життя на індивідуальному, груповому, загальносоціальному рівнях, при якому під дією зовнішніх або внутрішніх чинників раніше сталі процеси способу життя, взаємодій людей, їхні динамічні зв'язки з оточенням виявляються необоротно порушеними, а механізми відновлення балансу відсутні; при цьому виникає необхідність перегляду (аж до відмови від них) звичних соціокультурних зразків і т.ін., оскільки за обставин, що змінилися, вони втрачають функції засобів підтримки соціокультурного порядку, що призводять до бажаних результатів.

Виходячи з такого розуміння "проблемної ситуації"" в соціальній роботі, будь-який її клієнт може знаходитися в такій ситуації. Покажемо це на прикладі трьох груп проблем, що виникають у житті дитини (див. таблицю "Групи проблем у житті дитини") [41,9-10].

Перелік проблем з точки зору вчених	Перелік проблем з точки зору соціальних педагогів / працівників, які практикують
1. *Проблеми свободи вибору й соціальної творчості - труднощі* на шляху реалізації дитиною її інтересів і потреб у вже сформованих нормах соціального життя або труднощі у створенні нових норм соціальних взаємин (прояв власного ставлення до людей, установлення нового статусу, розширення масштабів впливу на навколишнє середовище і т.ін.)	1. *Проблеми, пов'язані зі збереганням психічного здоров'я дітей, розвитком особистості, самовизначенням дітей і підлітків, - фахове* самовизначення підлітків з урахуванням можливостей соціального середовища; психологічна дезадаптивність, тривожність, страхи; саморозвиток дитини й реалізація її здібностей у соціальному середовищі; особистісне самовизначення, розвиток рефлексії; *проблеми, пов'язані з неблагополучиям сім'ї, порушенням прав дитини й насильством* -психологічне неблагополучия в сім'ї, сім'я "соціального ризику", важкий матеріальний стан, безпритульність дітей , алкоголізм і/

	або наркоманія батьків; дотримання, охорона і захист прав дітей-підлітків, які потребують правової соціальної й педагогічної допомоги, агресія. насильство в сім”ї.
2. *Проблеми соціальної адаптації й дезадаптації* - труднощі засвоєння і пристосування до існуючих норм соціального життя або труднощі в дозволі тих норм, що є соціально небезпечними, несуть у собі загрозу для життя й здоров'я дитини	*2. Проблеми, пов'язані з неадекватною й девіантною поведінкою, дезадаптацією дітей і підлітків у соціальному середовищі* -"важкі" діти (некеровані, педагогічно запущені, які поводять себе зухвало, агресивно); дурна компанія, кримінальний контакт, причетність до кримінальних обставин, облік у міліції; уживання дітьми алкоголю, наркотиків; адаптація до нового середовища (у новому класі, школі, дитячому колективі); дезадаптація до норм соціального життя в колективі і, як наслідок, до самітності, дефіциту спілкування
3. *Проблеми соціальної інтеграції або дезінтегрованості* - труд*нощі* возз'єднання або роз'єднання потреб, інтересів і можливостей дитини, її сім'я з можливостями, потребами й інтересами інших людей; труднощі в розширенні й розвитку соціальних зв'язків або	3. *Проблеми, пов'язані з конфліктами й морально-психологічним кліматом у школі, мікросередовищі* -агресивна поведінка дорослих, насамперед учителів, конфлікти між дорослими й дітьми, учителями й учнями, відмова вчителів працювати з учнями; пригніченість через нерозуміння навчального матеріалу, низька успішність, ухиляння від навчання, відсутність інтересу до шкільного

виході із попередньої системи стосунків і зв'язків.	життя, до розширення сфери спілкування; конфлікти в середовищі однолітків; багатосторонні конфліктні ситуації; невміння будувати взаємини спілкування, вирішувати конфліктні ситуації; відсутність чітких орієнтирів вибору

Крім того, феномен "проблемна ситуація" диктує спрямованість організації соціальної роботи на проблемно-орієнтований підхід до неї, що означає вирішення проблем і клієнтів з акцентом на усвідомлення, стимулювання й; підтримку їхніх власних здібностей і ресурсів [28,8-9].

Подолання "проблемного поля" соціальної роботи припускає також її спрямованість на здійснення завдань реформуванням соціальної роботи в Україні і, насамперед," у таких її сферах, як: соціальна політика, державно-правові основи, здоров'я і здоровий спосіб життя нації, захист і забезпечення цивільних прав і свобод тощо [30;38].

Поняття "ризик" і "групи ризику"

"Проблемна ситуація" в практиці соціальної роботи найбільш адекватно може бути подана поняттями "ризик" і "група ризику".

Ризик - ситуативна характеристика проблемної діяльності, що означає невизначеність її наслідків, при якій можливі альтернативні варіанти помилки або успіху. На основі поняття ризику виникає поняття групи ризику.

Групи ризику - це категорії людей, чий соціальний стан за тими або іншими ознаками не має стабільності, яким практично неможливо поодинці перебороти труднощі, що виникли в їхньому житті, спроможні в результаті призвести до втрати ними соціальної значимості, духовності, морального образу, біологічної загибелі [33,419].

До цієї групи відносять такі категорії людей: інваліди, діти-сироти, діти з відхиленою (асоціальною, девіантною) поведінкою, літні люди й розумово

відсталі, біженці, люди, які зазнали насильства, алкоголіки, наркомани, бездомні, жертви екологічних катастроф, сексуальні меншості, злочинці, СНІД-хворі, люди, які займаються проституцією, обдаровані люди, які відчувають труднощі в спілкуванні ("важкі" для інших), та ін. Серед усіх груп осіб ризику найбільш проблемними (у силу своїх найбільш загальних соціальних ознак) є такі, як: дезадаптанти (які порушують процес взаємодії людини з навколишнім середовищем), девіанти (які виявляють поведінку, що відхиляється від норми), депривanти-делінквенти (які здійснили незаконні дії), маргінали (знаходяться на краю, близькі до межі) і ін.

У висновку необхідно відзначити, що в професійному плані робота соціального педагога з представниками проблемних груп пов'язана, у свою чергу, із проблемою його власного соціального ризику (відчуття емоційного виснаження, наявність ворожості стосовно клієнтів і психосоматичних захворювань, негативна самооцінка, зростання агресивності й почуття провини тощо). Звідси виникає необхідність захисту самого соціального працівника, який працює з представниками проблемних груп клієнтів.

Характеристика проблемних груп

Девіанти - особи девіантної (що відхиляється) поведінки - поведінка, що не узгоджується з нормами, не відповідає сподіванням соціальної групи або всього товариства; жертви девіації.

Девіація відбувається в результаті розриву між культурними цілями й засобами їх досягнення, що соціально схвалюються (за Р.Мертоном).

Відповідно до такого підходу девіація може бути подана через типологію девіантних учинків: конформізм, інновація, ритуалізм, ретритизм, бунт.

У сучасній соціології виділяють позитивну девіацію (політична активність, економічна підприємливість, художня творчість) і девіацію негативну (насильницька й корислива злочинність, алкоголізація і наркотизація населення, підліткова девіантність, аморальність поведінки тощо).

У "кризових" товариствах проглядається посилення проявів негативної девіації й послаблення проявів девіації позитивної [25,67-69].

Депривanти - "жертви" депривації.

Депривація (буквально з латинської - утрата, позбавлення чого-небудь). Як суспільне й психологічне, явище може бути розглянуте з цих позицій.

У соціологічному розумінні депривація - наслідки; відносної бідності, що припускають позбавлення матеріальних благ "понад першу необхідність". Жертвами такої депривації є ті, хто до визначеного набору благ при відомій особистій самостійності одержує доступ значно меншою мірою, чим більшість населення. Особистість можна вважати як таку, що піддалася депривації, якщо вона опиняється в ураженому положенні принаймні за чотирма позиціями із шести таких позицій нерівності: робота, здійснення інтересів, наявність квартири, матеріальні умови, спосіб життя, стан здоров'я. Якщо ж особистість уражена за двома-трьома позиціями, то її можна віднести до категорії клієнтів, які знаходяться під погрозою депривації.

У психологічному розумінні депривація - суб'єктивні відчуття й психосоматичні реакції особистості, викликані недостатністю навантаження на сенсорику людини в умовах повної ізоляції або часткового обмеження життєвих умов (інваліди, які мають обмеження в рухливості й соціальних контактах, визначена група пенсіонерів; жінки-домогосподарки, безробітні й ін.) [25,69-70].

Маргінали (буквально з латинської - той, хто знаходиться на краю) - "індивіди, які втратили ознаки приналежності до стабільного соціального інституту, прошарку, групи в межах сформованих соціальних стосунків, що знаходяться в проміжному, "прикордонному" стані між ними" [25,155].

Ту основу, що постійно продуціює маргінальність як масове явище, представляють три категорії індивідів: 1) які не бажають розділяти ціннісні орієнтації соціуму; 2) недієздатні адекватно інтегруватися в товариство в силу своїх інтелектуальних, психічних або соціальних особливостей; ->) які мають природжені відхилення від прийнятих норм.

Для особистостей маргінального типу характерні деякі загальні особливості соціально-психологічного пчану:

- стан непевності, коливання між агресивністю і пригніченістю (результат невизначеності в завтрашньому дні, блокади життєво важливих цілей);
- наявність екстремізму (в ідеології), спроможності бути об'єктом маніпулювання (у поводженні);
- нестійкість, схильність до впливу не розуму, а спонукань і настроїв (у психології);
- насторожене ставлення до можливостей змін, схильність до агресивного захисту свого статусу через страх перед подальшим погіршенням положення;
- невміння користуватися демократичними інструментами для захисту своїх прав і свобод, що нерідко, штовхають їх до екстремістських форм протесту.

Антисоціальні особистості - люди, які не відповідають стандартам поведінки, що схвалюється товариством, тобто особистості, суспільна поведінка яких. не збігається з узвичаєними в даному товаристві) соціальними нормами, традиціями, що склалися [25,14].

Найбільш загальною причиною антисоціальних проявів особистості є соціальна невпорядкованість: результат невідповідності об'єктивних властивостей індивіда вимогам позиції, що посідають у системі; суспільних відносин. Найбільш типові "жертви" соціальної] невпорядкованості - це "бродяги", "дармоїди", "бомжі", І "кримінально карні особи" і ряд інших.

Антигромадська поведінка може бути як кримінально і карною, так кримінально і некарною. Проте особи, які належать до антисоціального типу кримінально некараних, розглядаються як категорії осіб з антисоціальною] поведінкою, що граничить з кримінальним світом. Останнім часом значно погіршилася ситуація з дитячою антисоціальністю. Зросло число алкоголіків і наркоманів, набагато збільшилася кількість тяжких злочинів, убивств, розбійних нападів, зроблених підлітками.

Особи алкогольної й наркотичної залежності. Алкогольна залежність - хронічне захворювання, що розвивається в результаті безконтрольного й систематичного вжитку спиртних напоїв і призводить до фізіологічних, психологічних і соціальних розладів [25,103].

У галузі явища алкоголізму соціального працівника насамперед повинно турбувати таке коло проблем:

- жіночий алкоголізм (ріст чисельності жінок із захворюваннями алкоголізму; відносна швидкість, порівняно з чоловіками, темпів росту алкогольної залежності й великі труднощі, пов'язані з лікуванням; причини жіночого алкоголізму: самітність, особиста, невпорядкованість, схильність до імітації й індукції, прийняття чоловічих форм поведінки, клімактеричні розлади, сексуальні дисгармонії);
- дитячий і підлітковий алкоголізм, уперше ознаки якого з'являються до 18 років (злоякісність плину, що означає швидке прогресування основних симптомів, розвиток запійного пияцтва, похмеління великими дозами алкоголю, низька ефективність лікування, розпад соціальних і сімейних зв'язків, виникнення психозу; чинники, що сприяють алкоголізації: алкогольне оточення й пов'язані з ним стійкі алкогольні традиції; хитливі й епілептоїдні типи акцентуацій і психопатій як характерологічні особливості; властива віку схильність до імітації й об'єднання з однолітками, коли неформальна група стає головним регулятором поведінки; природженість алкогольних синдромів, коли немовлята відчувають фізіологічну залежність від алкоголю в результаті вживання матір'ю спиртних напоїв під час вагітності);
- алкоголізм людей похилого віку, що виникає на основі відчуття своєї неповноцінності й непотрібності, розпаду сім'ї через смерть чоловіка, послаблення здоров'я, погіршення матеріального стану, зміни місця проживання, посилення ізоляції від дітей;
- сімейний алкоголізм, що є причиною сильних внутрішніх конфліктів у сім'ях, їхньої деградації й розпаду (проблема розлучень: погіршення харчування, що позначається на здоров'ї в першу чергу дитини; явище

співзалежності типу міжособистісних стосунків, коли все життя сім'ї сконцентроване на алкоголі і стає згодом способом життя сім'ї; атмосфера непередбачуваності й двоїстих комунікацій, коли діти відчувають постійне почуття провини і приймають на себе неадекватну відповідальність за долю сім'ї; високий рівень насильства як між чоловіками, так і між дітьми й стосовно них).

Наркотична залежність (наркоманія) - хронічне захворювання, що виникає в результаті тривалого вжитку психоактивної речовини (речовин), що впливають на емоційний стан індивіда, коли останній не може припинити самостійно його застосування, незважаючи на виникаючі в зв'язку з цим серйозні проблеми (погіршення здоров'я, сутичка із законом, соціальні й матеріально-фінансові ускладнення). Немедичне споживання наркотиків вважається девіацією [25,107]. Для соціальної роботи важливо розуміння таких обставин наркоманії:

- розрізняють декілька груп наркотиків: наркотичні анальгетики (морфін, кодеїн, опійний мак, героїн, метадон), що роблять гальмуючий вплив на центральну нервову систему; депресанти (лібріум, валіум), що при немедичному використанні викликають стан сп'яніння; стимулятори нервової системи (коноплі, кофеїн, кокаїн, амфетамін і його аналоги), що роблять збуджений вплив, викликають підвищення фізичної й розумової активності, відчуття бадьорості, припливу сил;
- уживання наркотиків звичайно починається в підлітковому віці, коли схильність до наркоманії формується низкою визначених чинників (антисоціальна поведінка в ранньому віці; виховання в сім'ї наркоманів; вплив несприятливого соцішіьного середовища; особистісні характеристики, пов'язані з непокірливим норовом, неприязнь до традиційних цінностей, низьким ступенем особистісної компетенції й соціальної відповідальності);
- поширеність уживання наркотиків у різних групах, можливість несприятливих наслідків і можливість одержати ефективне лікування залежать від статевої й

расової приналежності, віку, соціально-економічного статусу (расизм, дискримінація за національною приналежністю, статтю й віком, упереджене ставлення до бідних, інакомислячих та ін. породжують поширення наркоманії);

- існує дві форми наркотичної "залежності": фізична залежність, при якій одна й та сама доза наркотику стає недостатньою і потрібно її збільшення, щоб досягти бажаного результату і не впасти в стан абстинентного синдрому у випадку різкого припинення прийому наркотиків, і психологічна залежність - та залежність, при якій люди, що зловживають наркотиками, відчувають бажання приймати їх, щоб уникнути дискомфорту або одержати почуття задоволення.

Особи-"бомж" (особи 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 жебруванням.

До категорії громадян-осіб "бомж", як правило, уливаються [36,159-160]:

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 із службової житлоплощі, що 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, із виховних закладів і будинків-інтернатів.

Відмінність осіб-"бомж" 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", чиє 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, злодійство, 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-"бомж", 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.

Особи з обмеженими можливостями — це люди, які (мають функціональні обмеження, недієздатні до якоїсь діяльності в результаті захворювання, відхилень або хиб розвитку, нетипового стану здоров'я, унаслідок

неадаптованості зовнішнього середовища до особливих потреб індивіда, через негативні стереотипи, забобони, що виділяють нетипових людей у соціально-культурній системі [25,152-154].

У товаристві до осіб з обмеженими можливостями зберігаються стійкі соціокультурні стереотипи в розумінні їхньої нетиповості через їхню відмінність від узвичаєної норми, що створює для таких людей ряд проблем щодо їхньої адаптації в товаристві (порушення принципів людської гідності незалежно від стану фізичного й психічного здоров'я, віку, статі, віросповідання й соціального стану, заснованих на дотриманні прав людини в галузі медичного обслуговування, освіти й трудової діяльності).

Виділення зазначеної категорії осіб обумовлено сучасним розумінням феномена "Здоров'я". Відповідно до преамбули Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я: "Здоров'я - це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів". Для практики соціальної роботи визначальними є такі показники-чинники "соціального здоров'я", як: умови праці, характер і рівень її оплати; рівень співвідношення зайнятості й безробіття, потенційна й актуальна погроза втрати робочого місця й соціального статусу; фахові шкідливості (вплив шкідливих агентів, пов'язаних із технологією й організацією фахових видів діяльності); рівень і якість харчування; житлові умови; особливості способу життя; шкідливі навички або залежності (алкогольна, наркотична, харчова і т.ін.); стан навколишнього середовища; рівень і якість розвитку охорони здоров'я і санітарний стан території.

Таким чином, здоров'я - індивідуальна й соціальна цінність вищого рангу, що не може бути замінено або витиснуто ніякою іншою цінністю без істотних збитків для повноти існування індивіда.

Військовослужбовці та їхня сім'я. Сама специфіка військової служби містить у собі об'єктивні чинники, що негативно впливають на військових і утрудняє виконання ними визначених функцій. Усі проблеми й кризи суспільства знаходять відображення в Збройних силах. Зниження якості здоров'я й інтелекту

населення призводить до притягнення на військову службу осіб із серйозними психічними або соматичними захворюваннями. Непосильні армійські навантаження, неякісне харчування, з іншого боку, призводить до появи або загострення у військових різноманітних захворювань. Зростання криміногенності суспільства й збільшення масштабів наркоманії й алкоголізму обумовлюють підвищення числа злочинів, які здійснюються в армії, що підвищує можливість небезпеки для самих військових і їхніх сімей стати жертвами злочину з боку своїх колег.

Крах системи суспільних цінностей і ідеалів, у якому ЗС займають головне місце як символ священного обов'язку, патріотизму й державності, є причиною морально-психологічної кризи багатьох військових, відчуття ними безцільності своєї діяльності, масового відхилення від призову в армію, непевності військових у своєму майбутньому. Неясність планів військової реформи, її уповільнене й мляве протікання також обтяжує морально-психологічне самопочуття військових.

Характерна для нашого суспільства аномія (розпад старих ціннісних систем) і симптоми загальносоціальної морально-психологічної кризи детермінують наявність декількох статусних систем в армії: офіційна (формальна) "статутна" система взаємовідносин, обумовлена загальним законодавством і відомчими документами; неформальна "дідівська" система (широко поширений пріоритет солдатів, які старослужать, що насаджується ними самими, і гноблення, приниження новобранців; "земляцька" статусна система (влада і вплив розподіляються залежно від приналежності до визначеного національного або територіального угруповання). Наслідком багатостатустності в ЗС є падіння дисципліни, насильство, поширення суїциду не тільки серед рядового й сержантського складу, але й в офіцерському середовищі.

Неясність перспектив (кадрових, матеріально-фінансових, житло-побутових і інших) військових створюють проблемний комплекс "перехідного" періоду -між закінченням військової служби й адаптацією до цивільного життя. Перехід до цивільного життя пов'язаний із необхідністю

адаптації до нових умов, що не визначаються статутними відносинами й наказами командирів, що характеризується сильною соціально-психологічною кризою (навіть більш сильною, чим криза, пов'язана із виходом на пенсію).

Сім'я військових, крім тих проблем, що відчуває будь-яка сім'я, мають і свої власні труднощі. Це насамперед:

- проблеми зі здоров'ям (неможливість одержати своєчасну кваліфіковану медичну допомогу, несприятливі кліматичні умови, одноманітність і неякісне харчування, вплив шкідливих хімічних, біологічних і ін. чинників, спрямованість і інтенсивність фізичних і психічних навантажень і т.ін.);
- психологічна напруга в сім'ї з ряду причин (декваліфікація і синдром "кар'єри, що не відбулася", у дружин, невдоволення дружин слабкою участю чоловіка в сімейному житті й вихованні дітей, стомлення чоловіка від одноманітної й напруженої служби, утома від матеріальних і побутових позбавлень і т.ін.);
- проблема з освітою дітей (часта зміна місця проживання, неможливість вибору місця навчання, віддаленість від культурних і наукових центрів і т.ін.).

Жінки - соціально-демографічна група населення, яка, у силу своїх особливостей, належить до категорії, що першорядно потребує соціальної допомоги (особливо в нашій країні).

Як основні особливості виділяють:

- поширення індивідуалістичних установок сучасного суспільства на сферу сімейних стосунків, що призводить до ствердження самітності, позародинного існування як не тільки прийнятного, але й комфортного способу й стилю життя (у цьому зв'язку цінності гедонізму, особистого щастя, удалої кар'єри тощо можуть ставитися вище, чим цінності сімейного життя, не тільки чоловіками, але і жінками);
- практичний характер розбіжності нормативної рівності чоловіків і жінок, проголошених у відповідних міжнародних і національно-державних документах, і дійсної рівності (вирішення хворобливих соціальних проблем

за рахунок менш захищених груп - дітей і жінок; витіснення жінок із роботи під приводами "повернення до сім'ї", "звільнення"; проблеми зайнятості жінок j "депресивних" регіонах; звільнення жінок, які мають малолітніх дітей, дітей-інвалідів, самотніх матерів, які тільки що закінчили навчальний заклад або, навпаки, знаходяться в передпенсійному віці, дружин військових тощо);

- зниження соціального статусу і рівня життя більшості сімей, що в першу чергу зачіпає жінок (зменшення споживання основних продуктів харчування, недостатня білкова-вітамінна його насиченість призводять до погіршення здоров'я вагітних жінок і матерів, які годують, що позначається на майбутньому здоров'я населення; загальна нестабільність і непевність у завтрашньому дні негативно позначаються на моральному й психосоматичному здоров'ї жінок; усе ширше й відвертіше поширюється експлуатація соціальних здібностей жінок, використання їх у якості товару);

- застійно-екстремальна умовність життя, що призводить до наростання в суспільстві прикордонних і психопатичних реакцій і станів, жорстокості й агресивності стосовно більш слабкого (ріст масштабів внутрішньосімейного насильства, брутальних злочинів проти жінок і дітей).

Інваліди. Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975), інвалід - будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити цілком або частково потреби нормального особистого і/або соціального життя в силу вади, природженої або придбаної, його чи її фізичних або розумових можливостей [25,116-118].

Відповідно до Рекомендацій 44-ої сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 5 травня 1992 р. суспільство зобов'язано адаптувати існуючі в ньому стандарти до особливих потреб людей, що мають інвалідність, для того, щоб вони могли жити незалежним життям. При цьому під інвалідністю тут розуміються обмеження в можливостях, обумовлених фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, що не дозволяють людині, яка має інвалідність, бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї або суспільства на таких же підставах, як і інші члени товариства.

Таким чином, сьогодні поняття "інвалідність" розцінюється як складна біопсихосоціальна категорія, характерологічна особливість якої полягає в тому, що люди з обмеженими можливостями відчувають функціональні утруднення не тільки внаслідок захворювання, відхилень або хиб розвитку, але й у результаті непристосованості соціального оточення до їхніх соціальних потреб, забобонів товариства, ганебного ставлення до інвалідів. Практичному соціальному працівнику завжди необхідно мати на увазі, що з настанням інвалідності для людини починається новий етап життя: з'являються бар'єри на шляху здійснення найважливіших соціальних і вітальних потреб, змінюється суспільний статус особистості, порушується сформована система соціальних контактів, деформуються звичні життєві стереотипи. Мігранти, біженці й переміщені особи. [23;34;36]. Міграція є неоднозначним соціальним процесом, що визначає багато в чому економічну й соціальну життєдіяльність і вигляд більшості держав сучасного світу. З одного боку, міграція - це життєво необхідний і неминучий процес нормальної життєдіяльності, пов'язаний із перерозподілом трудових ресурсів, освітою, відпочинком і т.ін. З іншого боку, міграція, якщо вона носить змушений характер, призводить до утворення численних проблем: росту соціальної спрямованості, забезпечення житлом і роботою, їжею й одягом, медичним обслуговуванням і т.ін. Саме така змушена міграція (переселення) робить актуальною соціальну роботу з цією групою клієнтів.

Специфіка соціальної роботи у сфері міграції залежить від типу і видів міграції. Виділяють чотири її основних види: епізодичну (поїздка на лікування, навчання, відпочинок), маятникову (переміщення відносно стабільними маршрутами в один бік, а потім назад), сезонну (з різних причин) - поворотні типи; безповоротні -міграція як така в суворому значенні дефініції. За ступенем керованості міграція буває двох видів: організована (за участю держави або суспільних органів) і неорганізована, стихійна (силами і засобами самих мігрантів). Стосовно переміщення виділяють три види міграції: добровільну (здійснюється людиною з власної волі у зв'язку з наявними в неї

потребами), змушену (під неї потрапляють особи, змушені покидати місця свого місця проживання через різноманітні природні або антропогенні катаклізми) і примусову (як слідство певної політики держави). Ще одна ознака поділяє мігрантів на тих, хто переселяється в межах держави, і на тих, хто виїжджає з країни на постійне проживання або на більш-менш тривалий термін (імміграція й еміграція).

З існуючих категорій і населення, яке мігрує, насамперед біженці, змушені переселенці, репатріанти й емігранти частіше всього стають клієнтами соціальної роботи на всіх її рівнях. Найбільш гострою є проблема біженців, тобто мігрантів, що, за визначенням Конвенції ООН про статус біженців, прийнятої 28 липня 1951 року, були змушені покинути свою країну через обґрунтовані побоювання, що їх будуть переслідувати за расовими, релігійними, національними причинами, за приналежність до певної соціальної групи або за політичні переконання. Якщо біженець - це іноземець, що прибув в іншу країну, то ця ж категорія мігрантів у власній країні вважається переміщеними особами або змушеними переселенцями.

Таким чином, у практиці соціальної роботи з мігрантами важливо зрозуміти й ураховувати, що мігранти: люди, які більшою або меншою мірою попали через утрату своїх "регіональних" коренів, в ситуацію маргіналізації,; люди з тимчасового або постійного "поразкою" багатьох прав людини (природно-антропологічних, національних, економічних, політичних, мовних і т.ін.).

Жертви насильства - особи, які зазнають насильство як примус, що здійснює соціальний суб'єкт (індивід, група, соціум) для досягнення поставлених цілей.

Можна виділити такі основні проблеми насильства:

- насильство пов'язано з такими його проявами, як: садизм (у галузі сексуальних та інших стосунків) і мазохізм (обертання садизму на власне Я);
- насильство виступає однією із форм прояву агресії як тенденції при сукупності тенденцій, що виявляються в реальній поведінці або фантазуванні, мета якої полягає в нанесенні збитку, шкоди іншій людині, групі (принизити, примусити до яких-небудь дій і т.ін.);

- насильство як агресія, у свою чергу, може бути: реактивною (реакція суб'єкта на фрустрацію у вигляді експресивних, імпульсивних і афективних проявів); ворожою (реактивна агресія, супроводжувана емоційним станом у вигляді ворожості, гніву, ненависті і т.ін., що здійснюється усвідомлено й цілеспрямовано) і інструментальною, що характеризується нейтральністю мети дії суб'єкта;

- агресивність суб'єкта є його стійкою рисою особистості, що може бути спрямована "зовні" (на іншого) ^ і на самого себе (насамперед, це стосується суїцидної поведінки).

Злиденні - люди, які характеризуються феноменом жебракування - "стан, при якому ведення нормального способу життя стає неможливим або скрутним через відсутність матеріальних засобів і коштів, власності, навичок трудової діяльності, а соціальне функціонування забезпечується в певною мірою збором милостині"[25,205].

Для соціального працівника безпосередній інтерес мають не стільки і не тільки "вічні злиденні-професіонали" (злиденні - діти; злиденні - інваліди; самотні пенсіонери; біженці; ті хто просять грошей на хліб; на квиток додому; на влаштування на новому місці; матері-одиначки; чоловіки , які втратили роботу; подружжя, яке має дитину-інваліда, що просять грошей на її лікування), скільки злиденні, що мають ті ж "проблеми", у межах яких працюють професійні злиденні, але ці проблеми носять реальний характер.

Соціальний працівник так само повинен мати на увазі той факт, що жебрацтво - це породження дестабілізації економічного розвитку (коли найбільш продуктивні сили суспільства - висококваліфіковані спеціалісти в галузі робітників, учених, інтелігентів і т.ін. - поступово переходять до розряду злиденних), і соціальної політики (відсутність системи соціального захисту певної категорії людей).

Самотні — особи, які характеризують феномен "самітності" - соціально-психологічний стан вузькості або відсутність соціальних контактів, поведінкової

відчуженості й емоційної незалученості індивіда; соціальна хвороба, що полягає в масовій наявності індивідів, які відчувають такі стани.

Соціальному працівнику практичної діяльності із самотніми необхідно враховувати такі загальні моменти:

- самітність - одне з найменш розроблених соціальних понять; у результаті вибіркових досліджень виділені визначені типи самотніх: "безнадійно самотні" або цілком незадоволені своїми стосунками (люди, які не мали партнера в сексуальному житті або чоловіка; рідко встановлювані зв'язки з будь-ким; із сильно властивими почуттями незадоволеності своїми стосунками з однолітками, спустошеності, ' покинутості; які звинувачують інших людей у своїй самітності); "періодично і тимчасово самотні" (люди, достатньою мірою пов'язані зі своїми друзями, знайомими, хоча й відчувають нестачу в близькій прихильності або не одружені; частіше за інших самотніх вступають у різноманітний соціальний контакт; свою самітність вважають тимчасовою, скороминучою); "пасивно і стійко самотні" (відчувають відсутність партнера з інтимних зв'язків в умовах дефіциту інших зв'язків, але не висловлюють гострої незадоволеності з цього приводу, оскільки упокорилися своєму положенню і приймають його як неминучість);

- на збільшення масштабів самітності особливий вплив робить: шлюбно-сімейна динаміка (у першу чергу нуклеаризація сімей і підвищення рівня розлучень); деперсоналізація великих міст; зміцнення початків індивідуалізму; зростання психіатричних захворювань (шизофренії), прикордонних станів і поширення аутизму (хворобливої нездатності до спілкування в результаті дефектів родопомочі - "грубі руки лікаря" й виховання).

Люди похилого віку. [36;45]. Серед категорій людей похилого віку особливої соціальної допомоги потребують ветерани війни і праці, інваліди, малозабезпечені пенсіонери, самотні громадяни.

Однією з глобальних проблем сучасного світу є проблема старіння населення. Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я до літнього

віку належить населення у віці від 60 до 74, до старого - від 75 до 89 років, а до довгожителів - 90 років і більше. Соціологи позначають ці періоди "третім віком", а демографи вводять поняття "третього" (60-75 років) і "четвертого" (понад 75 років) віків. Таким чином, у соціальній роботі до літніх відносять тих людей, чиє життя вже перейшло позначку 60-літнього віку.

До особливостей людей похилого віку відносять:

- психосоматичні особливості; виникає підвищена психологічна стомлюваність, сповільненість сприйняття, реакції й мислення, погіршується пам'ять, слабшає

мотивація діяльності, помітні зміни в емоційній сфері (зосередженість на своїх інтересах, підозрілість, уразливість і т.ін.). Усе це є результатом визначених змін в організмі людини, коли падає енергетичний потенціал, зменшується кількість води, солей і мікроелементів, погіршується кисневий обмін і кровопостачання мозку, а також спостерігається ряд інших несприятливих фізіологічних явищ;

- особливості, пов'язані з проблемами здоров'я. Рівень захворюваності в людей похилого віку в 2-6 разів вище, ніж у молодих; накопичуються хронічні захворювання з тенденцією до інвалідизації. Порушення здоров'я тут не можуть повною мірою компенсуватися соціальними заходами, тому незадовільний стан здоров'я людей похилого віку є дестабілізуючим чинником соціальних відносин;

- особливості, пов'язані з фоном зміни соціального статусу особистості. У похилому віці відбувається припинення або обмеження офіційної трудової діяльності, трансформація способу життя й спілкування. Це є важким іспитом особливо для тих, чия трудова діяльність була активною, творчою і високо цінувалася, і позначається часто на негативному життєвому тонусі, стані здоров'я й психіки. Самопочуття людей похилого віку багато в чому визначається і стосунками, що склалися в сім'ї;

- особливості, пов'язані із самообслуговуванням і самітністю. Літні люди відчувають звичайно утруднення в самообслуговуванні, особливо це' стосується самотніх людей "третього віку". Такі утруднення викликають фізичну залежність

від інших і приймають гостру проблемну форму через самітність. Намагаючись уникнути самітності й обумовлених нею позбавлень, багато людей похилого віку прагнуть до нового шлюбу на основі міцної родинної спілки (близькості і взаємної довіри), що
найчастіше приймає екстраординарні форми сімейного життя;
- особливості, пов'язані з погіршенням матеріального стану. Старіння супроводжується процесом зниження рівня життя, що призводить до невпевненості в завтрашньому дні й соціальній напруженості не тільки в оточенні людей похилого віку, але й у сфері працездатної частини населення. У більшості сімей пенсіонерів практично весь її бюджет іде на харчування, хоча саме харчування залишає бажати кращого. Це призводить до мінімізації витрат на соціально-культурні потреби і до підвищення вразливості літньої людини в сім'ї і, у кінцевому рахунку, позначається на стан здоров'я і тривалості життя.
Особи, які займаються проституцією, де проституція - "сфера знеособлених емоційно, позашлюбних, безладних, здійснюваних за плату, статевих стосунків"[25,255].
Основними видами проституції є проституція чоловіча й жіноча, доросла й дитяча. Усі види проституції, за винятком жіночої, мало досліджувані. Дослідження жіночої проституції показують: більшість жінок вступають у цю сферу професійної діяльності не через серйозні скономіко-фінансові труднощі, а через зовнішні неконтрольовані чинники (зґвалтування і статева ненормальність у минулому, споконвічно ненормальне життя в батьківській сім'ї, труднощі у стосунках з однолітками, відсутність прагнення до освіти, бажання стати незалежною від сім'ї і т.ін.), хоча в періоди високого рівня безробіття або інфляції проституція переживає свої підйоми (низька заробітна плата підштовхує жінок до надання різного роду сексуальних послуг).

Самовбивці (суїциди) — особи, які вільно й навмисно припиняють своє життя.

Природа суїциду й суїцидних учинків вивчена недостатньо. Сучасні концепції самогубства засновані на соціологічних, психодинамічних, біологічних, гностичних орієнтацій людської поведінки:

- суїцид провокується взаємодією між індивідом і навколишнім середовищем, а не тільки намірами й обставинами особистості (соціологічний напрямок);
- суїцид - продукт внутрішніх, здебільшого неусвідомлених мотивів особистості, в основі яких лежить тривога, провина, залежність, гнів (психодинамічні теорії);
- суїцид - генетична схильність, що передається в спадщину, при якій біохімічні зміни в організмі прискорюють прагнення до суїциду (біологічні теорії);
- суїцид - спроба спілкування або вирішення проблеми в умовах безнадійності звільнитися від комунікативної проблеми (гностичний аспект).

Важливим чинником, що визначає специфіку розподілу даного рівня соціальної патології, є економіко-географічне положення. Так. рівень суїцидів перевищує рівень убивств, рівень самогубств серед чоловіків вище, чим серед жінок, причому ці співвідношення практично не змінюються.

Особи з вираженим синдромом «емоційного згоряння» - психологічно здорові люди, які знаходяться в інтенсивному й тісному спілкуванні з іншими людьми в емоційно перевантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги (виконанні професійних обов'язків).

Перелік симптомів емоційного згоряння такий: утома, стомлення, виснаження; психосамотичні нездужання; безсоння, негативне ставлення до товаришів по службі, до самої роботи, убогість набору робочих дій; зловживання хімічними агентами (тютюном, кавою, алкоголем, наркотиками); відсутність апетиту або, навпаки, переїдання, негативна Я-концепція; агресивні почуття (дратівливість, напруженість, тривожність, занепокоєння, схвильованість до перезбудження, гнів); занепадницький настрій і пов'язані з ним емоції (цинізм, песимізм, почуття безнадійності, безглуздості, апатія, депресія); переживання почуття провини [25,300-301].

Конкретна робота з клієнтами проблемних груп

Робота з клієнтами антисоціальної спрямованості і маргіналами

Що стосується роботи з особистостями антисоціальної спрямованості, то тут можливі такі аспекти цієї роботи:

- допомога клієнтам у запобіганні антисоціальних проявів у своїй поведінці; використання технологій соціальної реабілітації людини для її повернення до повноцінного, законослухняного життя в суспільстві;
- повернення до проблем підростаючого покоління;
- виправлення засуджених і повернення їх до способу життя, що схвалюється суспільством;
- установлення зворотного зв'язку, проведення опитувань, узагальнень, зіставлень і інтерпретацій у врегулюванні конфліктів, формулюванні цілей, прогнозуванні поведінки клієнтів антисоціальної спрямованості.

Робота ж із маргіналами передбачає облік і реалізацію таких обставин:

- опора на сильну об'єднуючу ідею, що спроможна згуртувати індивідів і надихнути їх на свідомі жертви й зусилля щодо подолання труднощів;
- опора на моральну, психологічну й економічну підтримку, що спроможна запобігти процесу розпаду соціальних зв'язків індивіда або групи (у тому числі профілактика десоціалізації в економічному, ресурсному й організаційному планах);
- надання допомоги маргіналу як у знаходженні нового місця в житті, так і в пошуку можливостей самоствердження в новому статусі;
- профілактика спадкової маргінальності, тобто максимальне надання дітям маргіналів можливостей користування своїми правами, полегшення їм доступу до освіти, оволодінню перспективними спеціальностями, соціальному розвитку.

Робота з людьми алкогольної і наркотичної залежності. Соціальна робота з алкоголіками насамперед пов'язана з їхньою реабілітацією і являє собою систему медичних (деінтоксикація, симптоматичне й зміцнювальне лікування),

психологічних (усвідомлення пацієнтом конфлікту, пов'язаного з алкоголізмом; формування ставлення до спиртного за рахунок неприємних асоціацій; вироблення свідомого ставлення до вживання алкоголю) і групових (формування нових моделей поведінки в самотніх і слабовільних людей) форм.

Найбільш поширеною формою роботи з хворими на алкоголізм є рух "Анонімні алкоголіки", і так само програми "Анонімні діти алкоголіків", "Анонімні співзалежні"і ін. У роботі з наркоманами важливе значення дотримування рекомендаціям міжнародної угоди в рамках Єдиної конвенції з наркотичних засобів, прийнятої в 1961 році, що зобов'язує: обмежити легальне виробництво, переробку й поширення наркотичних засобів, здійснюваних у медичних і наукових цілях; ліквідувати будь-яке незаконне виробництво сировини для наркотиків; боротися з нелегальним виготовленням і торгівлею наркотичними засобами; співробітничати один з одним заради досягнення цілей конвенції.

Велике значення мають так само і профілактичні заходи: видання пропагандистської літератури про наслідки зловживання наркотичними засобами; читання лекції і проведення бесід в інститутах освіти й соціалізації особистості; тестування на предмет наркологічної залежності, що проводиться в школах-колоніях, виправних закладах з метою виявлення наркоманів; функціонування телефонів довіри й організації типу "анонімні наркомани".

Робота з особами "бомж".

Соціальна робота з особами даної категорії потребує особливого підходу, у котрому немає місця приниженню й відштовхуванню людини, де переважають гуманістичні стосунки (коли, наприклад, пропозиція елементарних послуг у харчуванні, нічлігу, у наданні медичної допомоги тощо не викликають почуттів образи й гіркоти в людини за свій стан, а, навпаки, вселяє в неї надію на позитивне вирішення проблеми за рахунок власних сил і сил соціального захисту). Форми й методи соціальної роботи тут різноманітні: будинки нічного перебування, нічліжки; телефони довіри для бомжів і бурлак; притулки, столові й душові з пральними; соціальні центри і відділи; фонди допомоги, що здійснюють комплексну допомогу.

Робота з військовими і їхніми сім'ями.

Основні проблеми військових і їхніх сімей починаються у зв'язку з проблемами перехідного періоду до цивільного життя (звільнення з армії). Головними завданнями соціальної роботи в цей період є завдання відновлення фізичних і психічних сил, коригування особистісних установок щодо адаптації до нових умов життя, допомоги в придбанні нових спеціальностей і роботи.

Ці завдання здійснюються соціальним працівником за допомогою визначених засобів і методів:

- інформація сім'ї про наявність визначених соціальних пільг; психологічна підтримка і відновлення;
- соціальна і юридична консультація;
- педагогічна корекція дітей, ліквідація труднощів у їхньому навчанні;
- організація елементів малого виробництва, кооперативних форм праці, груп самодопомоги і взаємодопомоги;
- навчання і перенавчання цивільним професіям;
- сімейне консультування з метою адаптації до життя;
- культурно-дозвільна діяльність.

У загальному випадку соціальна робота з військовими і їхніми сім'ями різниться залежно від характеру й глибини їхніх соціальних проблем, що визначається приналежністю до призовного або контрактного контингенту, певному складу військових, тривалістю їхнього перебування на військовій службі. Тому мета соціальної роботи в найзагальнішому вигляді полягає у відновленні психофізичних сил військового, коригуванню його особистісних установок на службу в ЗС, внесення елементів соціальної справедливості в субординаційні стосунки, характерні для військової служби.

Робота з жінками.

Метою соціальної роботи із жінками є вирішення основних проблем, пов'язаних з їхнім соціальним статусом:

1) скорочення тривалості життя й народжуваності;

2) зниження грошових прибутків і подорожчання побутових послуг, що призводить до зростання побутових навантажень;

3) відчуженість юних матерів від батьківської сім'ї, неодержання достатньої освіти й засобів до існування;

4) відсутність рівних прав із чоловіками, що призводить до морально-психологічних перевантажень жінок.

У роботі із жінками загальновизнані такі технології, методики й механізми:

- екстрена соціальна допомога (разова, одиничне сприяння жінці та її сім'ї, що відчуває труднощі, шляхом видачі грошей, продуктів або речей);
- адресна соціальна допомога (надається жінкам з неблагополучних сімей);
- соціальне сховище, соціальний притулок, соціальний готель (заклади соціальної допомоги стаціонарного типу, де жінкам і дітям дається можливість тимчасового перебування з наданням певної необхідної допомоги);
- захист від домашньої жорстокості в умовах нестаціонарного закладу (заклад соціальної допомоги, у якому передбачається поєднання діяльності працівників правоохоронних органів і закладів соціального обслуговування: перші припиняють насильство, а другі здійснюють реабілітаційну й інші види допомоги його жертвам);
- надання жінкам сприяння в плануванні сім'ї (багатостороння діяльність ряду закладів, що здійснюють діагностичну медико-соціально-реабілітаційну, інформативну й інформаційну допомогу в плані пропаганди ідеології планування сім'ї, розумних підходів тут, переваг свободи вибору стратегії й технології контрацепції, ідеології сексуального виховання, різноманітних стосунків між чоловіками й жінками і т.ін.);
- соціально-трудова реабілітація в умовах безробіття або загрози безробіття (соціально-психологічна підтримка жінці в ситуації наростаючого безробіття; інформаційна й організаційна допомога в пошуках нового місця роботи; перепідготовка й перенавчання дефіцитним або більш потрібним

професіям);

- сприяння в самодопомозі п самозайнятості (створення в центрах соціального обслуговування цехів, майстерень, ділянок трудотерапії, у яких жінки різного віку мають можливість навчитися трудовим операціям, одержати за рахунок своєї праці додатковий заробіток, поліпшити своє матеріальне життя і т.ін.).

Робота з ув'язненими.

Ґрунтується на принципі необхідності в наданні соціальної допомоги ув'язненим, тому що покарання зводиться до ізоляції злочинців від суспільства, але тільки в нормальних умовах.

Соціальний працівник тут повинний ґрунтуватися на вимогах Загальної декларації прав людини:

- припиняти жорстоке, що принижує людську гідність, поводження й покарання;
- домагатися поліпшення санітарно-гігієнічних умов і охорони здоров'я ув'язнених;
- допомагати їм у самовиправленні й у підготовці до виходу на волю;
- приділяти особливу увагу контактам із роботодавцями, учителями, друзями, членами сім'ї - з усіма, хто може допомогти у виявленні проблем ув'язненого й пошуках їх вирішення.

Соціальний працівник у першу чергу повинний допомогти ув'язненому усвідомити необхідність змінити свою долю. Для цього потрібно:

- установити плідні й змістовні стосунки з клієнтами і провести визначену діагностичну підготовку (з метою допомоги ув'язненим проаналізувати свої протиправні потреби і вчинки);
- допомогти засудженим змінити поведінку, особливо у зв'язку з повсякденними проблемами тюремного побуту (насильство, сексуальні і несексуальні зазіхання, крадіжки, азартні ігри, рекет, психологічні й соціальні переслідування з боку співкамерників і персоналу, гомосексуальность, національні конфлікти, зловживання алкоголем і наркотиками);

- спробувати прищепити їм навички відповідальності за рішення при розгляді альтернатив і пошуків правильного вибору в життєвих ситуаціях "на волі".

Робота з інвалідами.

Пріоритетним напрямком в галузі соціального захисту інвалідів є їхня фахова реабілітація й працевлаштування, що дозволить їм одержати матеріальну незалежність і реалізувати спроможність до самозабезпечення. Забезпечення зазначеного напрямку знаходиться, в основному, у сфері соціальних заходів: проведення пільгової фінансово-кредитної політики стосовно підприємств, що використовують працю інвалідів; установлення квоти для прийому на роботу інвалідів і мінімальної кількості спеціальних робочих місць для них; резервування окремих видів робіт і професій, найбільш придатних для працевлаштування інвалідів; стимулювання роботодавців різноманітних форм власності у створенні додаткових робочих місць для інвалідів; створення їм умов праці відповідно до індивідуальної програми реабілітації.

Зазначені соціальні заходи реалізуються на різноманітних рівнях. Особлива роль тут належить регіонам по створенню широкої мережі закладів соціального обслуговування для інвалідів, у якій головне місце займають центри соціального обслуговування інвалідів: відділення денного перебування (побутове, медичне, культурне обслуговування, організація відпочинку, притягнення до посильної трудової діяльності, підтримка активного способу життя тощо); відділення обслуговування вдома (виявлення й облік інвалідів, які потребують обслуговування вдома, надання соціально-побутової допомоги їм у домашніх умовах, сприяння в наданні пільг і переваг, передбачених законодавством і т.ін.); служби термінової допомоги (доставка продуктів харчування, ліків; ремонт; оформлення документів і т.ін.).

Особливого значення має робота в центрах соціальної реабілітації для дітей і підлітків інвалідів, де проводяться їхня медична реабілітація, психолого-педагогічна корекція, соціально-побутова адаптація, трудова орієнтація.

У роботі з інвалідами моделюються різні підходи до вирішення цієї проблеми. Вдалим прикладом розробки такої соціально-економічної моделі стосовно аналізу проблем сім'ї інваліда і дитини-інваліда може служити такий приклад [34,348-350].

Відповідно до цієї моделі система роботи із сім'ями інваліда і дитини-інваліда функціонує на мікро-, мезо-, екзо- і макрорівнях. Зміна в будь-якій частині цієї системи викликає зміни в інших її частинах, створюючи тим самим потребу в системній адаптації, досягненні балансу. Макросистему утворюють типи ролей і міжособистісних взаємовідносин у, сім'ї (мати - батько, мати - дитина-інвалід, батько - здорова дитина, дитина-інвалід - здорова дитина). Мікросистема функціонує в контексті мезосистеми. Утворення рівня мезосистеми - це окремі індивіди, а також служби й організації, що активно взаємодіють із сім'єю (працівники охорони здоров'я й соціального обслуговування, спеціальні реабілітаційні або освітні програми і т.ін.).

До екзосистеми входять інститути, у яких сім'я може не брати участі безпосередньо, але які опосередковано роблять визначений вплив на сім'ю (засоби масової інформації, система охорони здоров'я, система соціального забезпечення, освіта).

Макросистему утворюють такі чинники, як: політичний і економічний (стан економіки й політичної атмосфери, що роблять вплив на програми для інвалідів і їхніх сімей); соціокультурний і соціально-економічний (сімейний вибір щодо участі в системі послуг, визначається відповідним сприйняттям інвалідності своєї дитини на основі соціально-економічного статусу сім'ї, її етнічних і конфесійних цінностей і т.ін.).

Головне, що повинен ураховувати тут соціальний працівник, - це те, що його діяльність не є вузькоспеціальною, а являє собою широкий спектр послуї', наданих дітям-інвалідам і їхнім сім'ям. Основним результатом соціальної роботи з інвалідами є досягнення ними такого стану, коли вони спроможні до виконання соціальних функцій (трудової діяльності, навчання, комунікації й ін.), властивих здоровим людям.

Робота з мігрантами.

Робота з цією групою осіб визначається як робота з маргіналами, тобто з тими, які потерпіли "поразку" в соціальних природно-антропологічних правах. Тут, у першу чергу, виникає проблема соціальної роботи як проблема реінтеграції мігрантів, що торкається об'єктивних (забезпечення правової нормативної бази фінансування, матеріального постачання, організації, підготовка штатів соціальних працівників, а також забезпечення життєдіяльності мігрантів) і суб'єктивних (підтримка правової гідності людини, яка попала в проблемну ситуацію маргіналізуючого, дезінтегруючого характеру і що намагається "відновитися" в новому товаристві) моментів. У роботі з мігрантами соціальний працівник:

- постійно орієнтується в соціологічних аспектах проблеми міграції (зміст його діяльності залежить і повинен змінюватися залежно від виду міграції);
- здійснює свою діяльність на основі різноманітних форм роботи (індивідуальної, сімейної, групової);
- співпрацює з органами влади, із засобами масової інформації, із службами соціального захисту, соціального обслуговування й охорони здоров'я, соціально-епідеміологічними службами в межах міграційних служб, що є об'єктом додатка професійних знань соціального працівника;
- в індивідуальній роботі застосовує весь арсенал методів фахівця соціальної сфери (психологічних, психотерапевтичних, психоаналітичних, соціометричних, вікової психології, медико-соціальних, консультаційно-правових);
- у груповій роботі використовує продуктивні методики ("групи самостійного досвіду", "групи взаємодопомоги", "групова психотерапія, підтримка сусідських спільностей у місцях компактного проживання переселенців, спільностей земляцького характеру для представництва інтересів переселенців").

У міграційному русі помітно виділяється категорія "біженці", і відповідно позначився ряд соціальних проблем: "групи ризику" такого характеру. Головне

завдання соціальної роботи з біженцями розвиток у них здатності самостійно переборюва' труднощі. Тут один з основних заходів профілактиі проблем біженців - завчасний відбір регіонів можливо] розселення біженців із заздалегідь передбаченою системо] інфраструктури соціального захисту (житло, медобслуговування, харчування, соціокультурна сфера, транспорт і т.ін.). У цих умовах соціальні працівники знімають або зменшують психологічні наслідки таких проявів, як "травма", "утрата", "жорстоке позбавлення", "труднощі" тощо.

Робота з жертвами насильства.

Визначальне значення серед заходів соціального захисту тут займає соціальний контроль по стримуванню й подоланню прояву агресії й насильства, у межах якого функціонують: соціальні готелі й кризові центри; телефонне й очне консультування постраждалих від домашнього насильства; телефони довіри; відділення психологічного розвантаження; відділи консультацій у соціальних службах.

Існує також певна кількість теорій подолання й профілактики насильства: ефект сублімації (трансформація потягів насильства в галузі його витіснення); ефект катарсису (зміна ставлення до насильства на основі психологічної розрядки, що настає внаслідок дій, які заміщають реальний прояв насильства); ефект розвитку психологічних процесів (оволодіння клієнтом засобами розв'язання конфліктних ситуацій, аутоагресії, емпатії, ідентифікації й ін.).

Робота з людьми похилого віку (ЛПВ).

Здійснюється на двох рівнях: 1) макрорівень (формування соціальної політики з урахуванням інтересів ЛПВ, створення пенсійних і інших фондів їхньої підтримки, формування комплексної системи соціального страхування, медичного, психологічного й консультаційного обслуговування); 2) мікрорівень (вивчення умов життя ЛПВ, рівня і якості надання їм соціальної допомоги).

Одним з основних видів соціальної роботи з ЛПВ є соціальна допомога вдома (організація харчування й достгвка продуктів додому; допомога в придбанні ліків і сприяння в одержанні медичної допомоги; підтримка умов проживання

відповідно до санітарно-гігієнічних вимог; організація соціально-побутових послуг і допомога в оформленні документів і т.ін.), метою якої є максимальне продовження перебування ЛПВ у звичній для них обстановці, підтримка їх особистісного й соціального статусу, захист їхніх прав і інтересів.

У рамках надання цієї допомоги організується робота з місця проживання шляхом створення різноманітних клубів за інтересами ("Кому за 60", "Фронтовики", "Пізня радість", "Якими молодими ми були" і ін.).

Варіативною формою роботи з ЛПВ стосовно соціальної допомоги вдома є відділення денного перебування, де створюється обстановка, подібна до домашньої, організуються різноманітні види посильної праці, спільного спілкування, проведення дозвілля і т.ін. Функціонування таких відділень характеризує суть соціальної реабілітації ЛПВ, що полягає у відновленні звичних обов'язків, видів діяльності, функцій спілкування, перетворення літньої людини з клієнта соціальної роботи в її суб'єкта.

Соціальна робота з ЛПВ припускає також використання трьох фундаментальних принципів: 1) вивчення індивіда в його соціальному середовищі; 2) розуміння психосоціального становлення й розвитку особистості як довічного процесу; 3) урахування соціокультурних чинників у формуванні й розвитку особистості.

Головне в роботі з людьми похилого віку - це залучення їх до "соціальної самодіяльності", яка може багато в чому вирішити їхні проблеми. Така
"самодіяльність" вирішується на основі розробки відповідних програм.

Основні цілі таких програм:

- надання людям похилого віку можливості принести користь своїм громадам, немічним, хворим людям, інвалідам, самотнім, які потребують допомоги, і, надаючи допомогу іншим, заслужити повагу, відчути задоволення від усвідомлення своєї корисності й можливості зробити когось щасливим;
- організація додаткових служб із числа людей похилого віку, які добровільно надають допомогу своїм однолітка м;

- допомога людям похилого віку з низькими прибутками, які не мають сил повноцінно обслуговувати себе, з метою продовжити їхнє проживання у власному будинку, віддалити переїзд у будинок-інтернат;
- формування в суспільстві шанобливого ставлення до людей, які старіють , як до рівноправних членів суспільства;
- використання досвіду і знань людей похилого віку для надання допомоги соціальним органам, школам, адміністративним структурам шляхом консультацій; реалізація програми "Бабусі й дідусі, які приходять", у межах котрої люди похилого віку допомагають дітям із маргінальних сімей переборювати труднощі в навчанні;
- сприяння поліпшенню зв'язків між поколіннями, зближенню людей похилого віку і молоді, передачі життєвого досвіду, знань, навичок молодим, зберіганню зв'язків людей похилого віку зі своїми колегами, які працюють, організаціями, у яких вони працювали.[34,291]

Коротко можна сказати, що всі зусилля соціальної роботи з людьми похилого віку повинні бути спрямовані на поліпшення умов їхнього життя, їхнього соціального забезпечення, посилення заходів додаткової соціальної підтримки, допомоги в досягненні довголіття, забезпечення спокійної старості.

Робота із сексуальними меншинами й особами, які займаються проституцією.

Тут у якості основної домінанти виступає боротьба за визнання прав "сексуальних меншин" на відкриті, що не засуджуються суспільством інтимні зв'язки подібного типу. У цьому розумінні клієнти соціальної роботи як представники сексуальних меншин потребують психологічної підтримки, консультацій спеціалістів, хоча в соціальних тестових дослідженнях вони і не виявляють особистісних істотних відмінностей від інших людей, а навпаки, більшість із них достатньо добре соціально адаптовані. Одним із головних завдань соціальної роботи із сексуальними меншинами є завдання поступального соціального розвитку даної субкультури: робота фондів допомоги сексуальним меншинам, телефонів довіри, психологічних і психотерапевтичних

консультацій, профілактичних центрів СНІДу тощо.; відкриття відповідних дискотек, виставок, концертів, фестивалів і т.ін.

Метою діяльності соціальних працівників тут є: формування в сексуальних меншин високого рівня самосвідомості, що припускає самоповагу, відповідальність за себе і свої дії, потребу відстоювати свої права, погляди, спосіб життя; «закладання» фундаменту в суспільних відносинах адекватної реакції до сексуальних меншин.

Соціальному працівнику, що зіштовхується з проституцією, необхідно показувати реальну негативну картину життя людей, які займаються проституцією, а не міф про їх "гарне життя", на основі постійного й систематичного звертання до конкретних прикладів класичної літератури й кінематографії, до прикладів соціальної реальності.

Робота з людьми суїцидальної поведінки.

Цей вид роботи організований поки ще слабко. Для людей зазначеного типу організуються суїцидологічні служби, служби соціально-психологічної допомоги, телефони довіри, функціонують добродійні товариства. У межах зазначених служб дуже важливим моментом соціальної роботи є профілактична робота: виховання характеру, життєвого оптимізму, почуття життєстійкості.

Соціальні працівники координують діяльність центрів попередження суїцидів і управляють ними. Система таких дій найбільш повно подана в словнику-довіднику із соціальної роботи [25,290].

Діючи в кризових і надзвичайних ситуаціях, соціальні працівники зустрічаються зі спробами й жертвами сущиду. Схильні до сущиду люди дуже схожі на клієнтів, обтяжених багатьма проблемами. Мета їхньої терапії визначається майже цілком зниженням фатальності, "зм'якшенням занепокоєння". Інакше кажучи, вони розглядають джерело зосередження людини на суїциді, створюють у неї соціальний інтерес, домагаються, щоб клієнт зрозумів, що його життя з "проблемами, що не припиняються", несправедливістю знаходиться в кращому стані, ніж йому здається, з тим, щоб він зміг відволіктися від своїх проблем, перестав їх аналізувати й зміг побачити альтернативні їх рішення. Необхідно

сформувати в клієнта установку, що в житті завжди є вихід з огидних ситуацій. Розсудливе пристосування до життя саме по собі часто полягає у виборі альтернативи, що практично завжди досяжна. Страждання не може бути припинено, воно повинно стати терпимим. Не можна підтримувати точку зору клієнта на його проблему. Необхідно знову й знову підкреслювати, що суїцид у принципі не сприяє вирішенню ніяких проблем.

З деякими суїцидентами можливо обговорення філософських основ суїциду перед етапом власне терапії. Можна пояснити людині, охопленій щиросердним сум'яттям, що людська свобода - це не "свобода від", а "свобода для", тобто свобода для того, щоб відповідати. Можна переоцінити значення "травми" для людини, визначивши її як страждання, але терпиме. Можна розвити в ній властивість адаптації. Якщо хтось підтримує твердження: "Я не можу так жити", виходить, він погоджується, що людині не варто продовжувати існування. Не можна відповідати: "Але ти повинний". Краще сказати щось на зразок: "Коли Ви говорите: "Я не можу так жити", що означає це "так"? Треба перевизначити (перевести) проблему, наприклад, у терміни потреби вдосконалювання або обмежити нестерпну властивість (погляд) іншим чином. Варто знизити перебільшену безнадійність і безпомічність, що відчуває клієнт. Уже на першому етапі роботи з клієнтом важливо вселяти надію, віру у власні сили й розсіювати почуття безвихідності. Навіть незначні поліпшення рятують людині життя.

Необхідно використовувати всі засоби при роботі із суїцидентами. Це і лікування, і підтримка, і техніка участі, особливо участь інших людей, не тільки тих, хто був близький клієнту або такими є, але й участь учителів, священиків, лікарів, людей похилого віку, усіх, хто може сприяти, прямо або побічно, полегшенню людських * страждань. Якщо до соціального працівника потенційний самогубець потрапляє, коли його ще можна врятувати, соціальний працівник повинен робити те, до чого зобов'язує його професія, і ніколи не брати на себе роль судді й вирішувати, виходячи з власних переконань (або взагалі довільно), залишати клієнту життя або ні.

Робота з особами "емоційного згоряння".

Ця група осіб соціального ризику настільки "благодатна", що може сама в більшості випадків вирішити свої проблеми.

Проте, фахова допомога в цьому випадку полягає у двох видах впливів: 1) робота з пацієнтом на основі застосування лікарських препаратів і різноманітних видів психотерапії; 2) робота на основі зм'якшення дій організаційного чинника (скорочення офіційної тривалості роботи, її трудомісткості, змістовності, рівня відповідальності, підвищення управлінського статусу і т.ін.).

Питання для самоперевірки:

1. Схарактеризуйте сутність поняття " проблемна ситуація" соціальної роботи.
2. Схарактеризуйте сутність проблемно-орієнтованого підходу до соціальної роботи.
3. Якими адекватними поняттями може бути подана проблемна ситуація" в практиці соціальної роботи?
4. У чому, на Ваш погляд, полягають завдання подолання "проблемного поля "соціальної роботи в Україні ?
5. Наведіть приклади категорій людей, які можна віднести до групи ризику(проблємної групи).
6. Виділить серед усіх груп осіб ризику найбільш) проблемні.
7. Дайте стислу характеристику явища девіації й осіб девіантної поведінки.
8. Дайте стислу характеристику явища девіації й жертву депривації.
9. Схарактеризуйте особистість маргінального типу.
10. У чому причини антисоціальних проявів особистості?
11. Схарактеризуйте проблеми соціальної роботи діяльності соціального працівника в галузі явині алкоголізму і наркотизму.
12. Дайте стислу характеристику категорії громадян-осіб "бомж" і особливостей роботи з ними.
13. Дайте стислу характеристику груп-осіб з обмежени: можливостями і розкрийте особливості роботи з ними.

14. Схарактеризуйте специфіку соціальної роботи з військовими і їхніми сім'ями.

15. Чому жінки належать до категорії, що першочергово потребує соціальної допомоги?

16. Які характерологічні особливості категорії "інвалідність"? Специфіка соціальної роботи з ними.

17. У чому полягає характеристика міграції як соціального процесу і яка специфіка соціальної роботи у сфері міграції

18. Виділіть і схарактеризуйте основні проблеми насильства.

19. Дайте характеристику феномена "жебрання". Які особливості роботи із зазначеною категорією людей?

20. Дайте характеристику феномена "самітність". Які особливості соціальної роботи із самотніми людьми?

21. Дайте стислу характеристику особливостей людей похилого віку і специфіку роботи з ними.

22. Дайте стислу характеристику особливостей соціальної роботи із сексуальними меншинами й особами, які займаються проституцією.

23. Схарактеризуйте специфіку соціальної роботи з особами суїцидальної поведінки.

24. Схарактеризуйте специфіку соціальної роботи з особами "емоційного згоряння".

25. Складіть карту-схему, що містить перелік клієнтів груп ризику з їхньою стислою характеристикою.

26. Складіть карту-схему "Проблемного поля" соціальної роботи в Україні з основних групах ризику(проблемних груп).

27. Спираючись на свій професійний досвід, розробіть модель конкретної технології діяльності соціального працівника стосовно певної проблемної групи.

Тема 18 Соціальна робота з клієнтами різного віку

ВІКОВА СТРУКТУРА НАСЕЛЕННЯ І ПРОБЛЕМА ВІКОВОЇ ТИПОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Вікова структура населення

Вікова типологія соціальної роботи ґрунтується на соціологічних характеристиках *вікової структури населення* [27,550], під якою розуміється співвідношення чисельності різних вікових груп населення, що створює базу для всіляких розрахунків як демографічного, так і соціального, економічного характеру. Вікова структура населення формується під впливом природнього й механічного руху населення, людських втрат у періоди природних і соціальних катаклізмів.

Вікова типологія соціальної роботи

Існують різні *класифікації віку.* У *статустиці,* наприклад, найбільш часто використовують класифікацію віку Б.Урланіса: 0-2 роки - ясельний вік; 3-6 років –дошкільний вік дитинства; 7-15 років - шкільний вік дитинства; 16-24 роки - юність; 25-44 - зрілість; 45-59 років – повна зрілість; 60-69 років - літній вік; 70-79 років - рання старість, 80-89 років - повна старість, 90 років і більше -глибока старість.

Для вивчення взаємозв'язку росту населення і його вікової структури тут застосовується і класифікація шведського демографа Г. Сундберга, що розбив населення на 3 вікові групи: діти - 0—14, батьки - 15-49, прабатьки -50 років і більше.

У *соціальній педагогіці* вікова періодизація зазвичай співвідноситься з етапами соціалізації. Тут існують різні періодизації. На думку відомого російського вченого А.Мудрика, досить зручною із соціально-педагогічної точки зору є наступна вікова класифікація: дитинство (від народження до 1 року), раннє дитинство (1-3 років), дошкільне дитинство (3-6 років), молодший шкільний вік (6-10 років), молодший підлітковий (10-12 років), старший підлітковий (12-14 років), ранній юнацький (15-17 років), юнацький (18-23 років) вік, молодість (23-30 років), рання зрілість (30-40 років), пізня зрілість (40-55 років), літній вік (55-65 років), старість (65-75 років), довголіття (понад 70 років) [18, СЮ].

У *геронтології* [45,19] з погляду процесів старіння в онтогенезі людини поширена наступна хронобіологія (вікова періодизація), що була прийнята в

1963р. у Києві на семінарі геронтологів і Всесвітньої організації охорони здоров'я:

молодий вік	18-44 роки
середній вік	45-59 років
літній вік	60-74 роки
старечий вік	75-90 років
довголіття	старше 90 років

Крім того, у геронтології для оцінки віку окремих людей і суспільства в цілому звичайно використовують наступну рольову (функція виробництва) статевовікову схему:

допродуктивний вік	0-17 років
продуктивний вік	18-64 роки — чоловіки
	18-59 років — жінки
післяпродуктивний вік	старше 65 років чоловіки
	старше 60 років — жінки
старість	65—79 років — чоловіки
	60-79 років - жінки
глибока старість	старше 80 років

Наявність численних підходів до класифікації віків і численність їх типологій є наслідком складності, багатозначності й багатосторонності самого феномена «вік». Сучасні науки, які вивчають цей феномен, ще не виробили інтегративного уявлення про нього. У цих умовах практичний соціальний працівник , повинен спиратися на власний професіоналізм, виходячи з конкретної мети і завдань своєї діяльності. У межах цього підручника автори дотримуються наступної логіки.

Завдання вікового розвитку

На кожному віковому етапі перед людиною постає ряд завдань (проблем), від сприятливого чи несприятливого вирішення яких залежить її оообистісний розвиток, особиста "доля".

Віковий підхід у соціальній роботі повинен будуватися так, щоб забезпечити умови сприятливого вирішення цих завдань на кожному етапі життєдіяльності

людини відповідно до норм цивілізованого суспільства. Крім того, у руслі індивідуальної соціальної роботи з клієнтом на базі вікового підходу йому повинна надаватися конкретна допомога по вирішенню завдань (проблем), які перед ним стоять.

З тією чи іншою мірою умовності можна виділити три групи *завдань кожного віку:*

-природньо-культурні (досягнення на кожному віковому етапі визначеного рівня біологічного дозрівання, фізичного й сексуального розвитку, що мають певні нормативні розходження в тих чи інших регіонально-культурних умовах);

-соціально-культурні (пізнавальні, моральні, ціннісно-смислові), які специфічні для кожного віку в конкретному соціумі і які, з одного боку, пред'являються особистості у вербалізованій формі інститутами й агентами соціалізації, а з іншого боку—існують у вигляді визначених норм і цінностей у суспільній практиці, не збігаючись один з одним і нерідко суперечачи;

-соціально-психологічні (становлення самосвідомості особистості, її самовизначення в актуальному житті й на перспективу, самоактуалізація й самоствердження), які на кожному віковому етапі мають специфічний зміст і способи їх вирішення.

Якщо якесь завдання залишається невирішеним, то це або затримує розвиток особистості, або робить його недосконалим, або спотворює особистість.

Можливий і варіант, коли те чи інше завдання, не розв'язане в певному віці, зовні не виявляється в розвитку особистості, але через якийсь період часу воно "спливає", що призводить до нібито немотивованих вчинків, рішень, змін в особистості.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ

Категорія діти

До вікової категорії "діти (дитина)" ми відносимо осіб, які не досягли вісімнадцятиліття.

У цю вікову категорію з визначеною умовністю можна включити періоди:

-дошкільного дитинства (дитинство, молодший дошкільний вік (1-3 роки) і старший дошкільний (3-6 років) віки;

-молодшого шкільного дитинства (6-10 років);

-підліткового дитинства (11-14 років);

-ранньої юності (15-17 років).

Вікова характеристика дитинства

Коротко позначимо *вікові характеристики дитинства* (А.Мудрик, В.Сластьонін, М .Михайленко),

Дошкільне дитинство

Вікові завдання: природньо-культурні (формування рухових навичок, здатності до прямоходіння, сенсорний розвиток); соціально-культурні (оволодіння мовою, предметно-маніпулятивною діяльністю, розвиток образної й елементарної логічної форм мислення, довільності поведінки, оволодіння первинними способами співробітництва й кооперації); соціально-психологічні (становлення "образу Я" і самооцінки, статева ідентифікація, знаходження несвідомого почуття "базової довіри" до зовнішнього світу, почуття автономії, ініціативи).

Інститути й агенти соціалізації: родина, дитячі ясла і садки, ЗМК (телебачення, радіо, книги), батьки чи дорослі, які їх заміняють, інші старші члени родини, найближчі сусіди, вихователі, однолітки (з 3-х років).

Безпосередньо-емоційне спілкування дитини з дорослими як головний фактор її розвитку в дитинстві. Госпіталізм.

Спілкування з дорослими як провідний фактор розвитку дошкільника: позаситуативно-пізнавальна й позаситуативно-особистісна форми спілкування. Криза 3-х років.

Спілкування з однолітками. Дитяча субкультура: ігри, мовотворчість.

Небезпеки: хвороби і фізичні травми, безграмотність і (чи) аморальність батьків, убогість, занедбаність, антигуманність вихователів дитячих установ.

Основні напрямки діяльності соціальних працівників: освіта й консультування батьків, організація сімейних дитячих ясел-садків, ігрових груп і групових занять; патронаж неблагополучних родин.

Дитинство молодшого школяра

Вікові завдання: природньо-культурні (розвиток рухових навичок, розвиток ознак маскулінності-фемінінності, формування довільності психічних процесів); соціально-культурні (оволодіння роллю учня, систематизованими знаннями й уміннями в обсязі шкільного навчання, індивідуалізація інтересів і оволодіння способами самоорганізації для їхньої реалізації, формування прагнення до досягнення результату, уміння адекватно оцінювати свої успіхи й невдачі); соціально-психологічні (розвиток рефлексії щодо своєї діяльності, статева стереотипізація, подолання протиріч між ролями дитини й школяра (криза 6-ти років) і між прагненнями до імпровізації, творчості, демократичного спілкування й прихильністю до стереотипів і підпорядкування авторитетам).

Інститути й агенти соціалізації: родина, школа, ЗМК, позашкільні установи, батьки, учителі, інші дорослі, однолітки в класі і надворі; їхня роль і можливості у вирішенні вікових завдань.

Особливості субкультури: ігри (на уроці, на перерві, надворі, удома), дитячий сленг, словесна творчість, фантазії і марновірства, клички.

Зміст і норми спілкування з дорослими, однолітками своєї і протилежної статі, зі старшими й молодшими дітьми.

Зміст і форми предметно-практичної і духовно-практичної діяльностей, які організовані самостійно та дорослими. Особливості організації дорослими спортивних занять і ігор молодших школярів.

Небезпеки: пияцтво й аморальність батьків, убогість, антигуманність учителя, паління, розтління, зґвалтування, фізичні травми, гноблення старшими хлопцями.

Основні напрямки діяльності соціальних працівників: просвітницька діяльність з батьками, створення умов для розвитку молодших школярів у мікросоціумі, виявлення потенційно й реально віктимогенних чинників і віктимних молодших школярів, координація й кооперування діяльності інститутів виховання.

Підліткове дитинство

Вікові завдання: природньо-культурні (ріст усіх систем організму, статеве дозрівання); соціально-культурні (оволодіння знаннями в обсязі шкільного курсу, проба сил у різних сферах інтересів, формування групового інстинкту, залучення до романтичних ідеалів (вірність, друг, відвага, честь та ін.), самовиховання в значущих сферах (фізичне вдосконалювання, індивідуальні інтереси), визначення виду подальшого утворення); соціально-психологічні (подолання кризи особистої ідентичності через поглиблення та розширення самооцінок, ідентифікація зі статевовіковою групою й референтною групою однолітків, подолання маргінальності між дитинством і отроцтвом через автономізацію від дорослих, придбання навичок саморегуляції в значущих сферах поведінки й стосунків).

Провідні інститути п агенти соціалізації: родина, школа, мікросоціум, телебачення і відео, батьки, учителі, однолітки своєї статі, старші діти своєї статі; їхня роль і можливості в процесі вирішення вікових завдань.

Вікова субкультура: ігри (перевага рухливих, поява азартних, захоплення електронними), жаргон, елементи моди в одязі і т.ін., марновірства, міфи, фантазії.

Особливості спілкування: предмет спілкування — підліток як суб'єкт взаємодії; з дорослими - скорочення обсягу, падіння довіри, ріст конфліктності; з однолітками -активний пошук, практична основа, яка доповнюється емоційним компонентом, нестійкість мікрогруп, конфліктність.

Небезпеки: пияцтво, алкоголізм, аморальність батьків; убогість, помилки педагогів і батьків, паління, токсикоманія, зґвалтування, розтління, самітність, фізичні травми, цькування однолітків, залучення в асоціальні й злочинні групи.

Основні напрямки діяльності соціальних працівників: просвітницька діяльність з батьками, діагностика віктимності родин, робота з віктимогенними родинами та віктимними підлітками, організація в мікросоціумі груп і організацій для пробудження й задоволення інтересів підлітків з використанням масових і групових форм взаємодії.

Рання юність

Вікові завдання: природньо-культурні (завершення фізичного та статевого розвитку, гармонізація систем організму); соціально-культурні (оволодіння програмою навчального закладу, визначення ціннісних орієнтацій у професійній та позапрофесійній сферах, вибір подальшого життєвого шляху, подолання ставлення до людини як до засобу й формування ставлення до неї як до мети, оволодіння ефективною взаємодією з оточуючими особами своєї та іншої статі, іншого віку), самореалізація через самоствердження в сутнісному та зовнішньому планах); соціально-психологічні (гармонізація "образу Я", розвиток рефлексії, подолання маргінальності між підлітковим і дорослим станом, відносно безболісне проходження через рольову й особистісну невизначеність, сексуальна децентрація в поведінці, гармонізація прагнень "бути як усі" і "бути не як усі").

Провідні інститути й агенти соціалізації: родина, навчальні заклади, мікросоціум, суспільство однолітків, референтні групи, друг, подруга, відео і телебачення; їхня роль і можливості у вирішенні вікових завдань.

Вікова субкультура: мода, жаргон, способи проводження часу, стиль поведінки, естетичні пристрасті.

Особливості спілкування: предмет спілкування -людина як суб'єкт відносин: з дорослими - падіння інтенсивності й вірогідності поряд із прагненням до спілкування на рівних; з однолітками - сполучення широких приятельських стосунків, контактів із глибокими дружніми стосунками у вузьких групах, пошуки спілкування з особами іншої статі.

Небезпеки: антисоціальна родина, пияцтво, наркоманія, педагогічні помилки батьків і вчителів, убогість, проституція, зґвалтування, самітність, суїцид, утрата перспективи, фізичні травми, маргінальність, цькування однолітків, залучення в злочинні групи.

Основні напрямки діяльності соціальних працівників: просвітницька діяльність з батьками і юнаками, створення умов для позитивного вільного проводження часу відповідно до тенденцій моди, створення різних за змістовною спрямованістю клубів і організацій, діагностика віктимних сфер і віктимності особистості, її подолання, робота з переорієнтації окремих юнацьких груп і за "розколом" асоціальних груп.

Типологізація дітей за групами ризику

Соціальна робота з дітьми припускає їх *типологізацію за групами ризику (проблемними групами).* Сюди необхідно включити: дітей-інвалідів; дітей з неповних родин; дітей з малозабезпечених родин; "дітей вулиці"; кинутих дітей; дітей-втікачів; дітей-сиріт; дітей, які страждають алкоголізмом, токсикоманією, наркоманією; дітей-злочинців; дітей соціально-педагогічної занедбаності; дітей, які піддавалися насильству; дітей девіантної поведінки і т.ін. Таким чином, *діти групи ризику* - "це та категорія дітей, яка в силу визначених обставин свого життя більше за інші категорії піддається негативним зовнішнім впливам з боку суспільства і його кримінальних елементів, що стали причиною дезадаптації неповнолітніх" [21,59-60].

Причини влучення дітей до групи ризику можуть бути всілякі: пияцтво батьків; їхня асоціальна поведінка (дармоїдство, злодійство і т.ін.); улаштування на квартирі батьками кубел (асоціального й кримінального характеру); сексуальне розбещення батьками власних дітей, торгівля ними; жорстоке ставлення до дітей (побої, побиття, голод і т.ін.); відсутність даху над головою, блукання разом з батьками без засобів на існування; утечі з дому, конфлікти з однолітками і т.ін. При цьому неможливо виділити одну головну причину, що послужила фактором ризику. Проте досить точно встановлено, що дітям групи ризику властива одна *загальна характерна риса* - порушення соціалізації в широкому розумінні слова: нездатність адаптуватися до незнайомого середовища, до нових обставин, порушення статевої орієнтації, гіперсексуальність, злодійство, облудність, утрата цінності людського життя, жорстокість, агресивність, утрата інтересу до праці, лінь, відсутність ціннісних орієнтацій, норм моралі й моральності, бездуховність, втрата інтересу до знань, дурні звички (уживання алкоголю, наркотиків, паління, токсикоманія, нецензурна лайка і т.ін.) [21,60].

Організація соціальної роботи з дітьми на основі фактору "ризику"

Основою зазначеної організації такої роботи є наступні обставини [44,3].

По-перше, при доборі й розробці методик та технологій соціальної роботи з дітьми "групи ризику" і їхніх батьків необхідна опора на психологічні особливості дітей різного віку й різного особистого досвіду й опора на взаємодію та узгодження загальних зусиль фахівців різних галузей соціальної роботи.

По-друге, серед усіх заходів соціальної роботи з дітьми пріоритет належить *профілактичній роботі,* **у** рамках якої необхідне об'єднання зусиль різних фахівців і створення цілісної служби допомоги дітям, де дитина може одержати психологічну, педагогічну, правову, соціальну та інші види допомоги.

Профілактична робота з дітьми насамперед припускає науково-обґрунтовані та своєчасно здійснені дії, спрямовані на:

-запобігання можливих фізичних, психологічних чи соціокультурних колізій в окремих дітей і дітей груп ризику;

-збереження, підтримку й захист нормального рівня життя і здоров'я дітей;

-сприяння дітям у розкритті їхніх внутрішніх потенціалів.

Профілактична робота з дітьми має ряд *напрямків.*

Психопрофілактична робота [36,222-229]. Цей напрямок визначається необхідністю своєчасного попередження можливих порушень в індивідуально-інтелектуальному розвитку дітей, у створенні умов для повноцінного психічного розвитку дітей. Така робота ведеться опосередковано через педагогічний колектив, опікунів і інших дорослих, які впливають на становлення і формування особистості дитини.

У процесі психопрофілактичної роботи соціальний працівник (фахівець зазначеного напрямку) здійснює ряд конкретних заходів:

-проводить психологічне обстеження дітей при надходженні в дитячу установу інтернатського типу і при переході з однієї установи до іншої (із будинку дитини до дошкільного дитячого будинку, із дошкільного дитячого будинку до шкільного чи в школу-інтернат), а також на кожному новому віковому етапі (при надходженні дітей до школи, при переході із початкової школи в середню, при закінченні неповної чи повної середньої школи) з метою створення програми індивідуальної роботи з кожною дитиною для її оптимальної адаптації до виховання й навчання на новому етапі, ранньої діагностики можливих відхилень і їхньої корекції, розвитку її особистості й індивідуальності;

-проводить роботу із попередження психологічного перевантаження й нервових зривів у дітей, пов'язаних з особливими умовами їхнього життя;

-організує педагогічні консиліуми з метою психологічного аналізу поведінки й розвитку вихованця для найбільш повного розкриття індивідуальних особливостей його особистості та здібностей;

-проводить роботу зі створення сприятливого психологічного клімату в дитячій установі інтернатського типу: оптимізує форми спілкування в педагогічному колективі (дорослий - дорослий), сприяє поліпшенню норм спілкування педагога

з дітьми (дорослий - дитина), консультує педагогів і інших працівників дитячої установи з широкого кола проблем як професійних, так і особистісних;

-сприяє розвитку комунікативних навичок професійної діяльності педагогів, здійснює заходи щодо попередження й зняття психологічного перевантаження членів педагогічного колективу;

-проводить роботу з адаптації вихованців до широкого соціального оточення за межами дитячого будинку чи школи-інтернату, оптимізує взаємини вихованців із членами їхніх родин (родичами, опікунами і т.ін.) у випадку, якщо такі взаємини зберігаються.

Консультування в галузі профілактичної роботи з дітьми має наступні завдання:

-інформування батьків (педагогів, соціальних працівників та ін.) про вікові й індивідуальні особливості дитини; -своєчасне виявлення в дитини первинних психосоматичних відхилень і направлення її на психолого-медико-педагогічні консультації; попередження вторинних відхилень у галузі розвитку й рекомендації з психогігієни та психопрофілактики (разом із психопатологами та лікарями);

-складання рекомендацій із психолого-педагогічної корекції труднощів навчання дитини для об'єктів впливу (педагоги, батьки, соціальні працівники й ін.);

-складання рекомендацій з виховання в родині (спільно із фахівцями із сімейної терапії, соціальними працівниками, педагогами);

-проведення корекційної роботи в спеціальних групах при консультації з дітьми й батьками.

Корекційна робота з дітьми в галузі профілактики припускає проведення відповідних заходів, починаючи з дошкільного віку, і посилення цієї роботи в підліткових колективах. З цією метою соціальними працівниками розробляються корекційні програми, які охоплюють усі вікові групи дітей і спрямовані на профілактику й корекцію різних видів девіантної й делінквентної поведінки.

Для наочності наведемо один з численних прикладів такої програми[3,137-138].

Австралійська програма первинної профілактики заохочення вживання психоактивных речовин для дітей у віці 6-8 років призначена для початкової

школи та послідовно реалізує системний підхід до антинаркотичного навчання молодших школярів, спираючись на концептуальну модель формування життєвих навичок (ФЖН),

Умовами забезпечення ефективності антинаркотичного навчання за програмою формування життєвих навичок є наступне: 1) воно повинно починатися в дошкільному чи молодшому шкільному віці, тобто до того, як будуть засвоєні загальноприйняті традиції вживання тютюну та алкоголю; 2) воно не може бути засноване лише на інформуванні дітей про небезпеку, яка пов'язана із зловживанням психоактивних речовин, та їх залякуванні; 3) воно повинно відповідати віковим психологічним особливостям дітей; 4) воно будується на основі певних життєвих цінностей — таких, як самодисципліна, відповідальність, чесність, повага до людей, обов'язки сімейних стосунків; 5) методологія навчання життєвим навичкам передбачає центрований на учневі підхід та включення до навчального процесу як партнерів батьків; 6) його цілі - чіткі, реалістичні; 7) передбачається можливість оцінки ефективності запроваджених програм.

Програма первинної профілактики (ППП) являє собою поурочну розробку з антинаркотичного навчання молодших школярів, що включена до річного навчального плану початкової школи. Зміст шести тем ППП розподілено на десять уроків. Тривалість кожного заняття - звичайний шкільний урок.

Завдання ППП: 1) сприяти усвідомленню та засвоєнню дітьми загальнолюдських цінностей; 2) навчити дітей методам вирішення життєвих проблем, подолання стресу та зняття напруги без уживання психоактивных речовин; 3) інформувати дітей про психоемоційні, фізіологічні, соматичні та соціальні наслідки вживання психоактивних речовин; 4) формувати в дітей психосоціальні та психогігієнічні навички прийняття рішень, ефективного спілкування, критичного мислення, опору негативному впливу однолітків, управління емоціями, у тому ж числі ~у станах стресу; 5) довести до усвідомлення дітей переваг відмови від

уживання психоактивных речовин; 6) сформувати установку на ведення здорового способу життя; 7) підняти самооцінку дітей.

Методологія програм ФЖНі передбачає навчання дітей у процесі їх активної взаємодії. Тому до роботи з ППП залучаються всі учні. Конкретні методи навчання: робота в малих групах, «мозковий штурм», групова дискусія, рольова гра, «драма». Заняття з ППП проводяться вчителем, який пройшов спеціальне навчання та має необхідні психологічні знання. Особливістю психології молодшого шкільного віку є довіра дитини до значущого дорослого. Інформація, що повідомляється добре знайомим та улюблений учителем, закріплюється вдома під час її обговорення з батьками, має сильніш вплив; чим молодші діти, тим цей ефект сильніший.

Оцінка ефективності ППП виконується за допомогою спеціального опитувальника, що дозволяє проаналізувати ставлення дітей до психоактивних речовин. Тестування проводиться до початку та після завершення роботи з ППП. Отримані результати відображаються у зміні соціальної установки.

Можливість розширення роботи з ППП, покращання її якості тісно пов'язані з підходом учителя до навчання. Дітям можна запропонувати видавати класний чи журнал газету, присвячені здоровому способу життя, провести конкурс на кращий плакат, малюнок, рекламу. Корисно залучати до роботи старших дітей: вони можуть поділитися враженнями від роботи, що була. виконана на рік раніше, показати свої малюнки та плакати, провести окремі заняття.

Робота з дітьми девіантно- кримінальної поведінки

У дитячих девіаціях найбільш яскраво виступають наступні психологічні особливості[7,17-19]:

-висока афективна зарядженість поведінкових реакцій;

-імпульсивний характер реагування на ситуацію фрустрації;

-короткочасність реакцій із критичним виходом;

-низький рівень стимуляції;

-недиференційована спрямованість реагування;

-високий рівень готовності до девіантних дій.

Таким чином, девіантні діти часто виявляють систему властивостей, які свідчать про значні емоційні порушення (вони, як правило, імпульсивні, дратівливі, запальні, агресивні, конфліктні, що утрудняє їхнє спілкування в навколишньому середовищі й створює значні труднощі з погляду соціальної роботи з ними.

Для девіантних дітей характерні такі властивості емоційно-вольової й ціннісно нормативної сфер особистості, як тривожність, дефектність ціннісної системи (мета і сенс життя).

Дитяча девіація як форма поведінки знаходиться в прямій залежності від комплексного особистісного утворення, здобутого в дитинстві, що детермінує й забезпечує реалізацію девіантної поведінки.

Факт наявності дитячої девіації визначається реальними протиріччями, що виникають у житті кожної дитини. З одного боку, для повноцінного існування дитина має потребу в постійному опорі в прагненнях до задоволення власних потреб, оскільки такий опір (факторів середовища і внутрішніх умов) забезпечує феномен актуального самопочуття й створює можливості розвитку. З іншого боку, подолання опору задоволенню тієї чи іншої потреби завжди являють собою напругу, а при відсутності відповідного емоційно-вольового ресурсу приводить до деструктивних ефектів (конфлікт, стрес, агресія, девіація тощо).

Девіантна поведінка дитини може бути позитивною, коли вона ламає застарілі норми й об'єктивно сприяє її розвитку (дитяча творчість) і негативною, об'єктивно перешкоджаючи її розвитку чи існуванню (утечі з дому й бродяжництво, страхи й нав'язливість, наркотизм, вандалізм, гомосексуалізм, суїцид і т.ін.).

Наведемо ряд прикладів з галузі типології девіантної поведінки дитини.

"Вуличні діти" (представники групи "бомж") -діти, які втекли з дому через різні обставини.

Дитяче бродяжництво є своєрідною формою протесту чи образи на вчителів, батьків. Іноді втечі: обумовлені страхом перед можливим фізичним покаранням

за зроблений непорядний вчинок чи за погану; успішність у школі. Значно рідше втеча з дому і бродяжництво виникає без очевидних мотивів (раптова зміна настрою, що негативно впливає на критичну оцінку дитиною ситуації, імпульсивно виниклий нескоримий потяг за типом "готове рішення" і т.ін.).

Прагнення до бродяжництва, як правило, виникає періодично й може бути пов'язане із сезонними факторами (весняно-літні, літньо-осінні цикли). Утечі з дому, у більшості випадків, здійснюються поодинці, без усякої підготовки й роздумів про можливі труднощі і позбавлення (нічліжка, де прийдеться, голодне харчування, змушене жебрацтво, злодійство і т.ін.). У таких умовах дитина нерідко попадає в асоціальну чи кримінальну компанію, починає вживати алкоголь, наркотики і т.п.

Діти, підвладні страхам і нав 'язливостям

Виникнення різних страхів (фобій) досить характерно для дитячого віку. Найчастіше це невротична хвороба темряви, самітності, розлуки з батьками й близькими, підвищення уваги до свого здоров'я. У старшому дитячому віці найбільш розповсюдженим страхом є дисморфобія (необгрунтована переконаність у наявності в собі фізичного недоліку, неприємного для навколишніх).

Таким дітям необхідна консультація соціального працівника в галузі підліткової психіатрії.

Діти-вандали

До цієї категорії дітей відносять тих, хто займається безглуздим знищенням культурних і матеріальних цінностей, чия поведінка характеризується вандалізмом як різноманітного виду руйнівного поводження: від засмічення місць загального відпочинку й витоптування газонів, до розгромів торгових та ін. точок під час масових безладь.

Пік вандалізму припадає на 11-13 років (Д.Елліот, М.Лебланк, Р.Мейбі та ін.). Вандалізм також займає місце в структурі кримінальної активності осіб 13-17 років.

У сучасному світі однією з найпоширеніших форм вандалізму в дитячому (і не тільки) середовищі є графіті, що наносить значний фінансово-соціальний збиток міському середовищу в багатьох країнах.

Термін "графіті" походить від італійського й означає "надряпаний". Зараз він позначає всякий недозволений напис (Динамо-чемпіон), знак, зроблений будь-яким способом на об'єктах суспільної й приватної власності. Протизаконний, антигромадський характер графити полягає в тому, що він містить різноманітні повідомлення, лайки, вислови, малюнки й символи, що носять антидержавний, антиправовий і т.ін. характер.

Явище графіті серед дітей може бути пояснене як: утвердження особистісної чи групової ідентичності; протест проти соціальних і культурних норм; злісної реакції стосовно конкретної особи, політичної, етичної та іншої соціальної групи, її лідерів, субкультури, соціального інституту і т.ін. Таким чином, вандалізм у цілому і графіті як один із видів вандалізму розглядається в практиці соціальної роботи як різновид дитячої девіантності і делінквеитності.

Серед усіх видів дитячої девіантності особливе місце займає *девіантна віктимність дитини.*

Віктимність у рамках девіантної поведінки і психології особистості - психологічна властивість особистості, що виникає внаслідок дефекту інтерактивного культурогенезу, і яка характеризується схильністю особистості стати жертвою фрустрації соціогенних і персоногенних впливів, що ведуть до деформації розвитку особистості[7,91]. Через свою соціальну некомпетентність дитина стає жертвою поведінки, що відхиляється, - настає девіантна віктимізація дитини.

Віктимна дитина як психологічний феномен має наступні основні індикатори:

-тривожність (відчуття внутрішньої напруженості гіперестезична реакція);

-емоційна ригідність (непіддатливість, жорстокість, негнучкість);

-емоційна в'язкість (енергія емоцій, що виникла, не розряджається, а зациклюється на негативних життєвих проявах);

-емоційна монотонність (енергія стимулів не перетворюється в енергію емоцій, а інтелект слабко виявляє себе, тому що бере мало участі в оцінці зовнішніх і внутрішніх впливів);

-емоційне огрубіння (утрата тонких емоційних диференціацій як здатності визначати доречність тих чи інших емоційно пофарбованих реакцій і дозувати їх); -емоційна тупість (явне недорозвинення чи втрата вищих емоцій);

-втрата емоційного резонансу (повна чи майже повна відсутність емоційного відгуку на різні події); -алекситимія (знижена здатність чи утруднення у вербалізації емоційних станів на основі ослаблення когнітивно-афективної сфери: труднощі у визначенні, ідентифікації й описі власних переживань; складність у проведенні розходжень між почуттями й тілесними відчуттями; зниження здатності до символізації, про що свідчить бідність уяви, фантазії; сфокусованість більшою мірою на зовнішніх подіях, чим на внутрішніх переживаннях).

Таким чином, детермінантами дитячої девіантності є наступні позиції:

-девіантність виникає як механізм компенсації віктальності особистості;

-девіантність - це наслідок психологічної деформації особистості, що веде до втрати механізму інтра- та інтросуб'єктної регуляції соціального функціонування

особистості;

-девіантність програмується в процесі порушеного культурогенезу в сімейній і освітній системах розвитку особистості.

Соціальна робота з дітьми девіантно-кримінальної поведінки - це насамперед процес їхньої *педагогічної реабілітації,* що не може здійснитися "зверху" шляхом реформ і указів. Цей процес за своєю суттю чисто гуманістичний, і тому соціальний працівник тут повинний спиратися у своїй діяльності на надання допомоги дитині в розвитку її "самості" через запуск

психологічних механізмів саморегуляції її поведінки, яким би деформованим і суперечливим не був його "внутрішній світ".

Невдачі соціальної роботи в педагогічній реабілітації неповнолітніх насамперед вказують ' на недооцінку соціальними педагогами внутрішніх психологічних регуляторів поведінки дитини, якими є: споконвічна природна активність«дитини; мотиваційно-потребнісна сфера особистості дитини, що лежить в основі її поведінки; суб'єктивний життєвий досвід дитини; здатність дитини до самодетермінації, саморегуляції, самопізнання, самовдосконалення; цінності творчості, переживання, відносин; здатність до самоактуалізації, . емпатії, рефлексії; почуття внутрішнього достоїнства дитини; здатність до сублімації, навіювання, наслідування і т.ін.; здатність до пошуку сенсу життя і його усвідомленому вибору[22,18].

У зв'язку з цим педагогічна реабілітація дітей з девіантно-кримінальною поведінкою вимагає *індивідуального підходу,* що припускає: забезпечення допомоги підлітку при засвоєнні соціальних норм поведінки в поєднанні із самосвідомістю їм власних особистих можливостей; надання допомоги дитині по усвідомленню й вивченню власного унікального набору потенціалів; активізацію самостійного розвитку підлітка, згідно з визначеним самою особистістю масштабом; надання допомоги по усвідомленню підлітками глибокого особистісного змісту саморозвитку як важливого інструмента соціалізації[22,72].

Таким чином, процес педагогічної реабілітації дітей з девіантно-кримінальною поведінкою - це складна сукупність соціальних, психологічних і педагогічних процесів, організованих у відкриту систему, здатну до самоорганізації й саморозвитку. Специфічними особливостями такого процесу є: максимальне сприяння самовідродженню особистості дитини й спрямованість на повернення підлітку тієї природної сутності, що споконвічно властива тільки йому одному; створення відносин, що олюднюють, сприяють подоланню відчуженості дитини від родини й школи; надання медико-соціальної й психолого-педагогічної допомоги та підтримки підлітка в соціально-психологічній адаптації й

реабілітації його особистості; створення умов, що гарантують підлітку його права й обов'язки, патерналістську оцінку й вільний вибір життєвих сенсів, спрямованих на реалізацію його інтересів і потреб [22,87].

Соціальний працівник, здійснюючи свою діяльність з дітьми девіантної поведінки, орієнтується на визначену технологію (див. Таблицю 6. "Орієнтовна технологічна схема соціальної реабілітації підлітка, схильного до девіантної поведінки").

Наведемо схематичний приклад такої технології[14,9].

Таблиця 6.
Орієнтовна технологічна схема соціальної реабілітації підлітка, схильного до девіантної поведінки:

№ з/п	Етапи	Метод
1.	Встановлення контакту з проблемною дитиною, виведення її із стресового стану	Бесіда
2.	Дослідження особистісних рис дитини, особливостей її фізичного та психічного розвитку, заподій її девіантної поведінки й соціальної дезадаптації та чинники соціального середовища, що сприяють формуванню девіантної поведінки й заважають соціальній адаптації	Бесіда, інтерв'ю, методи психодіагностик и, спостереження, експертна оцінка
3.	Спільне планування реабілітаційних заходів	Бесіда
4.	Координація спільних дій з навчально-виховними закладами, правоохоронними установами, громадськими організаціями	
5.	Корекція особистісних рис, які обумовлюють девіантну поведінку й сприяють соціальній дезадаптації; набуття навичок подолання проблем, позитивної соціальної поведінки	Консультування, психотерапія, психологічний тренінг, робота груп взаємодопомоги

6.	Організація індивідуального педагогічного підходу до дитини	Консультування, індивідуальні навчальні програми, шефство, спеціалізовані навчальні заклади
7.	Корекція негативного впливу соціального оточення (сім'ї, неформальних груп однолітків, усунення таврування з боку оточуючих)	Втручання, робота з громадською думкою, корекційна бесіда, консультування
8.	Створення умов для повноцінного задоволення потреб дитини, розвитку її творчих здібностей, самореалізації у творчій діяльності, праці, змістовного відпочинку; включення до соціальних груп однолітків соціально-позитивної спрямованості	Працевлаштуван ня, самокерована групова робота, організація громадських робіт, наукові та творчі гуртки, спортивні секції, організація конкурсів і змагань
9.	Психологічна підтримка і зворотний зв'язок	Інтерв'ю, бесіда, консультування

Як було сказано вище, робота з розглянутою категорією дітей являє собою систему.

В Україні створена визначена *система соціально-педагогічної роботи* з дітьми девіантно-кримінальної поведінки [14,10-11].

Загальна соціально-педагогічна робота з дітьми, схильними до девіантної поведінки, здійснюється в установах народної освіти, позашкільних навчально-виховних установах. У неспеціалізованих закладах народної освіти й позашкільних навчально-виховних закладах (центрах позашкільної роботи, клубах за місцем проживання тощо) соціааьно-педагогічну роботу з дітьми та підлітками з девіантною поведінкою координують і здійснюють психологічні служби, соціальні педагоги та педагоги- організатори. Відповідно до Положення "Про психологічну службу в системі освіти України" психологічні служби здійснюють психологічне обстеження дітей та підлітків, психолого-педагогічні заходи для усунення відхилень

в індивідуальному розвитку та поведінці, схильності до правопорушень, профілактику відхилень у становленні особистості й міжособистісних стосунках. Соціальні педагоги за Законом "Про освіту" здійснюють соціально-педагогічний патронаж, який сприяє взаємодії закладів освіти, сім'ї і суспільства у вихованні дітей, їх адаптації до умов соціального середовища, забезпечує консультативну допомогу батькам і особам, які їх замінюють. Виявляють особистіші, міжособистісні та внутрішньосімейні конфлікти, факти поведінки, що відхиляються від норми, займаються профілактикою правопорушень, виявляють дітей, які потребують опіки й опікунства, допомагають їм; захищають інтереси дітей, підлітків і молоді, сприяють попередженню негативних явищ у їх середовищі; забезпечують співпрацю вихователів, учителів шкіл, працівників позашкільних закладів, сім'ї та громадськості у вихованні дітей.

До системи соціального захисту й профілактики правопорушень серед неповнолітніх належать органи і служби в справах неповнолітніх, загальноосвітні школи і професійно-технічні училища соціальної реабілітації, виховно-трудові колонії Міністерства внутрішніх справ.

Згідно із Законом України "Про органи і служби в справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх", служби в справах неповнолітніх розробляють і здійснюють заходи щодо забезпечення прав, свобод і законних інтересів неповнолітніх, запобігання вчиненню ними правопорушень, здійснюють контроль за умовами утримання, виховання і праці неповнолітніх. Кримінальна міліція в справах неповнолітніх проводить, зокрема, роботу, пов'язану із запобіганням правопорушень неповнолітніх; виявляє причини та умови, що сприяють вчиненню правопорушень неповнолітніми і вживає заходів щодо їх усунення, бере участь у правовому вихованні неповнолітніх; виявляє, припиняє й розкриває злочини, учинені неповнолітніми; виявляє осіб, які втягують неповнолітніх у злочинну діяльність.

Загальноосвітні школи і професійні училища соціальної реабілітації є навчально-виховними закладами для неповнолітніх, які потребують особливих умов

виховання, що вчинили злочин у віці до 18 років або правопорушення до досягнення віку, з якого настає кримінальна відповідальність. У виховно-трудових колоніях здійснюється відбуття покарання неповнолітніми віком до 18 років, засуджених до позбавлення волі.

Зазначена система функціонує в *установах соціального захисту* d/wew[1,187-189]. Питання дітей в Україні належать, зокрема, до компетенції:

-Міністерства освіти і науки України;

-Міністерства внутрішніх справ України;

-Міністерства охорони здоров'я України;

-Міністерства праці та соціальної політики України;

-Державного комітету молодіжної політики, спорту і туризму України.

Система Міністерства освіти і науки України, крім дошкільних і шкільних закладів освіти, має інтернатні установи для дітей, які визнані такими, що можуть навчатися. Таких шкіл-інтернатів нараховується 391. Близько 61,2 тис. дітей живуть, навчаються і виховуються в цих закладах. У дитячих закладах Міністерства охорони здоров'я України проживає близько 5 тис. дітей.

У структурі Міністерства праці та соціальної політики України нараховується 58 будинків-інтернатів для дітей, де наразі перебуває 8 тис. дітей з функціональними обмеженнями.

Діти, яких утримують та виховують в інтернатних установах, істотно відрізняються від дітей, які ростуть у сім'ях. Як правило, діти в інтернатах відстають у розвитку від своїх однолітків із сім'ї. Відстають емоційно, інтелектуально, мають гірші навички комунікації.

Емоційні проблеми з'являються, оскільки відсутній зв'язок довіри між батьками та дітьми, що утворюється лише в сімейному контексті. Діти, які не мають досвіду таких близьких стосунків, у житті навряд чи здатні встановлювати довірливі, інтимні стосунки з іншими людьми.

Діти, яких виховують у сім'ях, отримують більше уваги від близьких, багато інформації вони одержують лише від перебування в колі дорослих людей. їхній розвиток більше адаптований до їхніх індивідуальних здібностей, а не до

вимог навчального плану, що розроблявся для колективу, і вони, врешті-решт, мають більше можливостей та ресурсів. До ресурсів відносять також можливість дитини пересуватися, отримувати інформацію про життя інших людей, дивитися відео- і кінофільм, індивідуально займатися образотворчим мистецтвом та музикою, щоб набути впевненості в собі, своєму соціальному статусі, емоційної стабільності. Обмеження доступу до цих фундаментальних речей призводить до затримки в інтелектуальному розвитку дитини.

Діти з функціональними обмеженнями є насамперед дітьми, а не інвалідами, вони так само потребують любові та близького контакту із сім'єю, як і всі інші діти. Саме через це всі мають зростати в сім'ї. У реальному житті за короткий час цього досягти не можна. Більшість дітей, які проживають у стаціонарних установах, не мають інших перспектив. Проте новонародженим та дітям, які живуть у сім'ях, треба надати інші можливості, компенсаційну допомогу з боку суспільства замість влаштування в спеціальні установи. Можливо, також значно покращити життя дітей, залежних від стаціонарного догляду. Змінюючи методи роботи та організовуючи роботу установ відповідно до цих нових методів, можна зробити стаціонарну установу більш схожою на сім'ю.

Проблемами молоді займаються також Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму, Український інститут соціальних досліджень та соціальні служби для молоді (ССМ), які діють відповідно на обласному, міському та районному рівнях, структури Міністерства внутрішніх справ України.

Під системою соціальних служб для молоді слід розуміти основні структури, зокрема спеціалізовані соціальні служби для молоді та центри соціальних служб для молоді, які уповноважені державою брати участь у реалізації державної молодіжної політики та надавати соціальні послуги й соціальну допомогу молодим громадянам.

На *державному* рівні функціонує Український державний центр соціальних служб для молоді.

На *регіональному рівні* в Україні діють 27 регіональних ЦССМ (відповідно до територіально-адміністративного поділу України) - Республіканський центр соціальних служб для молоді (АР Крим), 24 обласні, Київський та Севастопольський міські ЦССМ. Центри регіонального рівня створюються відповідно до рішень Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та належать до сфери їх управління.

На *місцевому рівні* в кожному регіоні України діють: районні, міські та районні в містах центри ССМ.

Особливу увагу приділяють таким завданням, як: -надання різноманітних соціальних послуг, соціально-медичної, психолого-педагогічної, правової, інформаційної та інших видів соціальної допомоги, консультування дітей та молоді. При цьому всі ці види соціальної допомоги молоді можуть здійснюватися в різних формах: очних, заочних, стаціонарних, комплексних; -розробка та здійснення системи заходів щодо створення умов, достатніх для комфортної й успішної життєдіяльності різних категорій дітей та молоді; -здійснення соціально-профілактичної роботи серед дітей та молоді, застосування комплексу заходів, спрямованих на подолання негативних явищ;

-розробка та впровадження реабілітаційних програм, змістом яких є відновлення соціальних функцій, морального, психічного й фізичного стану дітей та молоді, пристосування їх до безпечних соціальних та сімейних умов життєдіяльності, а також надання допомоги дітям, молоді, які зазнали від інших жорстокості та насильства чи потрапили в екстремальні ситуації;

-здійснення міжнародного співробітництва, вивчення й поширення міжнародного досвіду роботи з питань соціальної підтримки, допомоги й захисту дітей та молоді; -співпраця з центральними та місцевими органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями, громадськими організаціями, фізичними особами у вирішенні питань соціальної підтримки й соціального розвитку дітей та молоді; -сприяння дитячим, молодіжним

організаціям і окремим громадянам у їх освітньо-культурному й фізичному розвитку, участі в трудовій та суспільно-значущій діяльності.

Соціальна робота є комплексом різних видів діяльності ЦССМ. З них варто визначити такі: -*соціальне обслуговування* - соціальна робота, яка спрямована на здійснення системи заходів щодо задоволення різноманітних потреб з метою гармонійного та всебічного розвитку дітей, молоді та сім'ї; -*соціальний супровід* - соціальна робота, яка спрямована на здійснення системи заходів щодо підтримки розумів, достатніх для забезпечення життєдіяльності соціально незахищених верств населення з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу;

-*соціальна профілактика* - соціальна робота, яка спрямована на організацію та впровадження системи заходів щодо попередження аморальної, протиправної, іншої асоціальної поведінки, виявлення та запобігання будь-якому негативному впливу та його наслідкам для життя й здоров'я дітей, молоді та сім'ї; -*соціальна реабілітація* - соціальна робота, яка спрямована на здійснення системи заходів з метою відновлення морального психічного та фізичного стану дітей, молоді та сім'ї, їх соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність до загальновизнаних суспільних правил і норм.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З МОЛОДДЮ

Специфіка меж молодіжного віку

До цієї вікової групи соціальної роботи ми схильні відносити роботу з двома віками: юнацький вік (18-23 роки) і власне молодість (23-33 роки). Такий підхід до визначення молоді характеризується наступною обставиною. Межі молодіжного віку досить рухливі й залежать від соціально-економічного розвитку суспільства, досягнутого рівня добробуту й культури, умов життя людей. Чим вище рівень розвитку суспільства, тим більше вплив цих факторів реально виявляється в тривалості життя людей, розширенні меж цього віку. Нижня вікова межа тут визначається тим, що підліток може одержати (чи не

одержати) право вибору в соціальному плані, а верхня -досягненням (чи не досягненням) професійної зрілості, завершенням (чи ні) формування родини, посіданням певного стану в суспільстві.

Вікові характеристики молоді

Дамо коротку вікову характеристику розвитку особистості в зазначені періоди.

Юнацький вік

Вікові завдання: природньо-культурні (завершення гармонізації всіх систем організму, стабілізація життєвих сил); соціально-культурні (адаптація до соціальних ролей і стосунків дорослого; оволодіння знаннями, уміннями й нормами, необхідними для виконання соціальних ролей працівника, студента, сім'янина, військовослужбовця); соціально-психологічні (знаходження почуття ідентичності й індивідуальності, здібності до інтимної психологічної близькості, самоствердження через самореалізацію у взаєминах з особами іншої статі й відповідність соціальним ролям, що виконуються.

Провідні інститути й агенти соціалізації: навчальний заклад, трудовий колектив, військовий підрозділ, молода родина, чоловік і жінка, батьки, референтні колеги; їхня роль і можливості у вирішенні конкретних завдань.

Вікова субкультура: норми, домагання, стиль поведінки, естетичні пристрасті, характерні для соціально диференційованого суспільства однолітків (студенти, робітники, сільські жителі, військовослужбовці, кооператори і т.ін.), жаргон.

Особливості життєдіяльності залежно від соціальної приналежності: зміст і характер пізнання, предметно-практичної і практично-духовної діяльності; коло спілкування, його зміст, особливості емоційної глибини спілкування з однолітками своєї та іншої статі, з батьківською родиною та у своїй родині, із друзями, з колегами.

Небезпеки: наркоманія, проституція, зґвалтування, самотність, суїцид, безробіття, убогість, маргінальність, пияцтво, алкоголізм, залучення в злочинні групи.

Основні напрямки роботи соціальних працівників: допомога в адаптації до нових ролей, індивідуальні консультації, допомога в знаходженні задовольняючих сфер діяльності, консультації молодим родинам, створення клубів і груп за інтересами і для спілкування, залучення до роботи з молодшими поколіннями.

Власне молодість

Вікові завдання: природньо-культурні (організація здорового способу життя); соціально-культурні (оволодіння компетентністю в основних сферах життєдіяльності - у родині, праці, соціальних відносинах, уміння домагатися поставленої мети); соціально-психологічні (знаходження почуття заповзятливості й ефективності в сімейній, трудовій сферах та сфері стосунків, подолання можливої кризи 30-ти років).

Провідні інститути й агенти соціалізації: родина, місце роботи, ЗМК, чоловік і жінка, діти, референтні особи в оточенні, еталонні групи й особи; їхня роль у вирішенні вікових завдань.

Вікова субкультура: диференціація вільного проводження часу у зв'язку із соціальною приналежністю, місцем проживання, соціально-психологічними

особливостями кола спілкування. Співвідношення значущості трудової й позапрофесійної сфер соціалізації, особливості сімейного життя, проблема зміни видів діяльності й підвищення освітнього й культурного рівнів.

Небезпеки: наркоманія, проституція, зґвалтування, самотність, суїцид, безробіття, утрата сенсу життя, злочинна діяльність, маргінальність, пияцтво, алкоголізм, розлучення.

Основні напрямки роботи соціальних працівників: консультації з проблем сімейного життя й виховання дітей, допомога в професійній переорієнтації, організація групового дозвілля в мікросоціумі, створення клубних, групових і індивідуальних можливостей реалізації позапрофесійних інтересів, залучення до громадського життя мікросоціуму (виховання дітей, взаємодопомога, допомога людям похилого віку і т.ін.), допомога віктимним і маргінальним особистостям.

Інтереси молоді "соціально- проблемне поле"

Ефективність соціальної роботи з молодцю прямо залежить від того, наскільки вона, соціальна робота, враховує *інтереси молоді,* виходячи з її економічної, соціальної й політичної *рол і.* Сьогодні ці інтереси молоді в нас *обмежені* за цілим рядом об'єктивних і суб'єктивних причин[19,251-254]:

-молодь - одна з найбільш незахищених в економічних відносинах частина населення; труднощі в економіці - фундамент усіх труднощів і підстава для політичної кризи в галузі молодіжної політики держави;

-у суспільстві низький престиж освіченості, професіоналізму, духовності й моральності; талант і знання виявляються незапитаними, що формує розгубленість, непевність у сьогоденні й майбутньому, приводить до "витоку мозків", до відходу в "приватне життя" і до суїциду; широко поширився в суспільстві ідейно-моральний вакуум, своєрідна "дебілізація" частини населення вбиває в молоді віру у свої сили й можливості, що приводить її до націоналістичного, релігійного, містичного та інших видів фанатизму;

-у значної частини молоді складається уявлення про неправильність історичного шляху нашого суспільства, про те, що минуле нашої країни - це лише ланцюг трагічних злочинів і обману; непідготовленість переходу до ринкових відносин ще більше збільшило таке уявлення молоді про історію й майбутнє країни, як про нескінченний "театр абсурду", подвійного життя й подвійного стандарту;

-серйозне занепокоєння викликає рівень здоров'я молоді; гострі проблеми здоров'я переміщаються від старшого покоління до молодшого (на порядку денному -збереження генофонду нації, питання її фізичного виживання).

Порушення й обмеження інтересів молоді, у свою чергу, характеризує наявність *соціально-проблемного* "молодіжного поля", яке характеризується наступним:

-різке падіння престижу освіти, що не гарантує й не забезпечує гідного життєвого рівня, стабільну роботу зі спеціальності, не створює престижу в суспільстві;

-падіння престижу освіти супроводжується фактом неможливості для багатьох батьків винести "освітній тягар" з погляду важкого матеріального становища

більшості родин (у цій ситуації молодь орієнтується на сферу торгівлі, бізнесу, банківської справи й на криміногенну сферу);

-утрата престижу продуктивної праці (виникнення ситуації, при якій у молоді починає домінувати прагматична характеристика - одержати матеріальне благополуччя, не беручи участі в продуктивній трудовій сфері);

-деяке зниження інтелектуального й загальнокультурного рівня молодих людей за рахунок не тільки зниження якості освіти, але й за рахунок проблеми їх "випадання" з будь-яких офіційних структур освіти й виховання, що с прямим резервом злочинного світу тощо.

Таким чином, молодь у цілому являє собою таку групу населення, у якій, з одного боку, виникає більше всього нових соціальних проблем, 'а з іншого боку, саме проблеми молоді мають особливе значення для майбутнього всього суспільного розвитку.

Основні напрямки соціального захисту

Говорячи про соціальний захист молоді, варто розрізняти його як молоді вид діяльності держави, його інститутів і соціальну захищеність, яка відображає реальний у кожний часовий проміжок стан справ по захисту особистості молодої людини й молодого покоління в цілому, а також суб'єктивний аспект, що дозволяє фіксувати психологічний стан особистості (почуття соціальної захищеності, потреба в захищеності і т.ін.). Найбільш повно в зазначеному аспекті проблема основних напрямків соціального захисту молоді позначена в роботі Ф.Мустаєвої[19,258-260].

Тут соціальний захист молоді розглядається як мінімум у 4-х напрямках.

1. Соціальний захист процесу формування й розвитку особистості молодої людини.

В основі цього напрямку лежить положення про те, що особистість молодої людини формується й розвивається відповідно до об'єктивних законів, що вироблені в процесі тривалої еволюції людини, і послідовністю етапів розвитку, які за необхідністю поступалися один одному. У їхніх рамках виявляється те, що

здобуло назву "ритм життя". Це поняття представляє складну, індивідуальну систему різних періодів, циклів, фаз як соціальної, так і природної етіології, у якій, у свою чергу, можна виділити свої рівні. Тому соціальний захист процесу розвитку спрямований насамперед на максимально можливе забезпечення сприятливого для всіх молодих людей проходження через кожний із етапів розвитку, у якому вирішується строго визначений комплекс завдань, а також і сприятливе проходження критичних рівнів (періодів).

2. Соціальний захист середовища формування і розвитку особистості.

У рамках цього напрямку увага державних інститутів повинна бути зосереджена на середовищі проживання людини й тих її елементів, що сприяють чи перешкоджають процесу формування й розвитку в самому широкому діапазоні від екологічних елементів середовища до соціальних, економічних і моральних проблем. Найбільш важливі ключові принципи, що організують діяльність державних інститутів І надають їй доцільного характеру. У діяльності по захисту середовища формування особистості можна виділити два аспекти: а) формування самого середовища проживання людини; б) стимулювання елементів середовища, що роблять сприятливий вплив на процес формування особистості,

3. Захист прав молодої людини.

Це спеціальний напрямок діяльності державних інститутів, націлений на правове забезпечення й регулювання як впливів середовища, так і самого процесу формування й розвитку особистості.

4. Цільовий соціальний захист.

У рамках цього напрямку мова йде як мінімум про два найважливіші моменти.

По-перше, про цільову допомогу молодим людям, родинам, організаціям і суспільним інститутам, що працюють з молоддю, для вирішення конкретних завдань, без чого успішна життєдіяльність представляється дуже проблематичною. Іншими словами, мова йде про короткострокову цільову програму, коли сама молода людина не в змозі вирішити завдання чи коли зусилля, витрачені на досягнення результату, ставлять під сумнів сам

результат. По-друге, про постійну допомогу тим, хто не може без неї обходитися, живе на порозі убогості й бідності. В умовах загальної життєвої кризи цей напрямок стає особливо важливим і актуальним. У підході до соціальної захищеності можливі два шляхи: 1) йти від найбільш гострих ситуацій у цю хвилину, що будуть задавати тон усій політиці захищеності, 2) випереджати розвиток подій, спираючись на точний прогноз, а отже, допомагати кожній людині вириватися з під тяжкого гніту обставин і самій ставати господарем своєї долі.

Соціальний захист молоді ґрунтується на наступних .принципах.

4.1. Загальність соціального захисту. Соціальні, економічні й правові гарантії повинні охоплювати всіх без винятку молодих громадян України і стосуватися всіх сфер їхнього життя: освіти, охорони здоров'я, праці, творчості, відпочинку, побуту та ін.

4.2. Диференціація - розходження у виборі цілей, предмета, форм, методів і джерел фінансування, механізмів соціального захисту залежно від ступеня економічної самостійності молодої людини, рівня її працездатності й способів одержання доходів. Для економічно активних груп населення політика соціального захисту реалізується в тому, що їм надаються рівні умови для підвищення свого добробуту за рахунок особистого трудового внеску, економічної самостійності й ініціативи.

Головне для непрацездатних молодих членів суспільства полягає в гарантованих перевагах у користуванні суспільними фондами споживання, прямої матеріальної підтримки суспільства у вигляді пенсій, грошових допомог чи стипендій, інших соціальних виплат, у зниженні податків, розвитку соціального обслуговування, сильному правовому, економічному захисту особистих доходів.

4.3. Інтеграція в єдину систему гарантій соціального захисту на всіх рівнях - федеральному, регіональному, а також на рівні трудового колективу - з чітким визначенням сфер і меж компетенції кожного з цих рівнів, а також джерел ресурсного забезпечення загальних для всіх рівнів соціальних програм.

4.4. Різке зростання ролі особистих доходів у підвищенні рівня життя населення, у т.ч. молоді, у задоволенні соціально-побутових потреб матеріального характеру; ринок немислимий, якщо збережені зрівняльність у розподілі суспільних фондів і утриманство, що випливає із неї. У нових умовах суспільні фонди споживання будуть забезпечувати тільки гарантований рівень соціальних благ для всіх верств населення, який варто розглядати як мінімальний. Більш високий рівень соціального забезпечення із суспільних фондів споживання буде забезпечений, головним чином, непрацездатним членом суспільства. Усе-таки працездатні молоді люди повинні підвищувати свій рівень життя власною працею, своїми особистими доходами.

4.5. Надійність ресурсної бази системи соціального захисту и підтримки населення. Варто остаточно відмовитися від залишкового принципу виділення засобів на вирішення соціальних питань J активно застосовувати в практиці соціально-економічне планування, керування й розподіл систем соціальних нормативів. Вона являє собою науково обґрунтовані показники рівня споживання найважливіших благ і послуг, розміру грошових доходів і інших умов життєдіяльності людини і враховує специфіку окремих соціально-дємографічних груп населення.

4.6. Гнучкість системи соціальних гарантій. Захист і підтримка молоді повинні будуватися з урахуванням динаміки соціально-економічних процесів в умовах ринку й забезпечувати профілактику можливих причин соціальної напруженості, попереджати соціально негативні явища й тенденції. Для цього, насамперед, потрібно домогтися узгодження інтересів. Конкретні розміри соціальних гарантій і нормативів на всіх рівнях повинні регулюватися угодами й договорами між власниками засобів виробництва, включаючи державу в цілому, із професійними спілками й іншими органами самоврядування, що представляють молодь. Міри захисту й підтримки повинні бути випереджаючими й цілеспрямованими.

У сучасних складних соціально-економічних умовах не слід забувати, що широкі верстви молоді формувалися в атмосфері утриманства, тому їм зараз особливо важко. З огляду на це, сьогодні, як ніколи, необхідно:

-оздоровлення соціального середовища, забезпечення умов для соціального становлення молодої людини;

-твердження не на словах, а на ділі високих моральних цінностей і установок;

-об'єднання зусиль різних соціальних інститутів у справі виховання молоді;

-ліквідація безробіття серед молоді;

-створення системи стимулювання випуску дешевих товарів для підростаючого покоління;

-подолання "еротичного крену" в діяльності молодіжних центрів і кінотеатрів;

-забезпечення особистої безпеки в суспільстві;

-соціальний захист молодого покоління.

Конкретні програми соціальної допомоги молоді

Численні *приклади конкретної соціальної роботи з молоддю* мають місце і в Україні[6]. Наведемо приклад однієї найбільш удалої програми технології формування й розвитку творчої особистості молодої людини[6,84-89].

Програма технологи формування та розвитку особистості в соціальній (соціально-педагогічній) роботі

Духовне оновлення України, процес демократизації суспільства, що значною мірою впливають на всі сфери людської життєдіяльності, передбачають створення сприятливих умов для утвердження атмосфери творчості і співробітництва, багатогранного розвитку особистості, її здібностей і талантів.

Саме тому сьогодні особливо актуальним є завдання по створенню сприятливого соціального середовища для розвитку творчої особистості юного громадянина. Мається на увазі не лише вплив сім'ї, школи, громадськості на формування особистості, а й тих факторів, які важче виявляються, прогнозуються:

-творче, культурне, релігійне оточення індивіда;

-національні традиції;

-вплив суспільно-економічних явищ;

-вплив засобів масової інформації тощо.

За цих умов система соціальної допомоги виступає своєрідним координатором роботи по узагальненню різних впливів на розвиток творчої особливості.

Тому системі соціально-педагогічної роботи потрібна політика протекціонізму з боку держави, суспільства, звернення до її інтересів і запитів. Без такої допомоги неможливо створити ефективні технології соціально-педагогічної діяльності, котрі сприяли б творчій особистості дитини чи молодої людини, забезпечували б їй можливість активного включення в діяльність щодо відтворення суспільства, її духовності, внутрішньої культури й гідності. Саме соціальні педагоги мають здійснювати такий поворот, стати трансляторами творчого оновлення в межах не лише школи, а й суспільства взагалі. Це і проблема, і програма дій для кожного соціального

педагога, сутність якої - сприяння формуванню та розвитку творчої особистості дитини, її здібностей, обдарувань, творчого мислення, рис характеру тощо.

Завдання щодо виховання людей з високим творчим потенціалом постає не лише як актуальна проблема сучасної соціально-педагогічної науки і практики, а і як соціальна необхідність. Сьогодні суспільну ситуацію можна назвати критичною:

-знизився престиж творчих спеціальностей;

-залишає бажати кращого сприймання соціальною структурою новаторства, нестандартних рішень;

-прояви творчої активності особистості економічно не підтримуються державою.

Саме тому *постає проблема охорони обдарованості людини,* що висуває потребу вирішення низки проблем:

-виявлення засобів формування якостей творчої особистості;

-створення нових методик з розвитку цих якостей;

-вивчення основних категорій, що визначають зміст діяльності творчої особистості.

Творчість - це одна з основних філософських категорій, якою здавна користується людство. Саме тому творчість, творча діяльність людини є предметом дослідження різноманітних галузей наукового знання. *Філософська наука* пропонує визначення творчості як діяльності, результатом якої є створені матеріальні й духовні цінності.

Психологія визначає творчість як діяльність, що породжує щось якісно нове, чого ніколи не існувало.

У педагогіці творчість визначається як свідома, цілеспрямована, активна діяльність людини, спрямована на пізнання та перетворення дійсності, створення нових, оригінальних предметів, витворів, що ніколи раніше не існували, з метою вдосконалення матеріального та духовного життя суспільства.

Розглядаючи **творчість суспільства** як процес, що спрямований на перетворення світу, здійснення історичного розвитку, дослідники характеризують творчість особистості як вищий ступінь її активності, що спрямований на подолання конкретних суперечностей з метою пошуку істини. Таким чином, у психолого-педагогічній літературі "творчість" у широкому розумінні слова розглядається як діяльність, що породжує щось якісно нове.

Сьогодні автори теорії творчості застосовують термін "життєтворчість", визначаючи її як духовно-практичну діяльність особистості, що спрямована на проектування, планування, програмування й творче здійснення нею свого індивідуального життя. Особистість у цьому процесі виступає як розвинена індивідуальність, суб'єкт свого індивідуального життя, а об'єктом творчих діянь особистості виступає її власне життя.

Висновок: для *соціальної педагогіки* більш типовим є твердження, що творчість - це показник продуктивної діяльності людини. При цьому творчість розглядається як один з видів людської діяльності, спрямованої на вирішення суперечності (розв'язування творчого завдання), і для якої необхідні об'єктивні (соціальні, матеріальні) і суб'єктивні особистісні умови (знання, уміння, творчі

здібності), а результат має новизну й оригінальність, особисту та соціальну значимість, а також прогресивність.

Специфіка творчості в діяльності соціального працівника полягає в:

-соціальній зумовленості творчих дій (через посередництво директивно-інструктивних матеріалів, у яких конкретизовано соціальне замовлення суспільства);

-гуманізмі цього виду творчості, спрямованого на "пробудження" в особистості кращих рис і якостей;

-суб'єктивній свободі вибору дій, що розвиває почуття особистої відповідальності і сприяє піднесенню соціального педагога на особистісному, професійному рівнях.

В.Сухомлинський вважав, що головною особливістю педагогічної (читай: соціально-педагогічної) творчості є те, що об'єктом діяльності є дитина, яка постійно змінюється: "завжди нова, сьогодні не така, як учора".

Соціально-педагогічну творчість можна розглядати як єдність внутрішніх передумов (педагогічна креативність) і зовнішніх виявів (різні види професійної діяльності - дослідна, профілактична, терапевтична, консультативна тощо).

На підставі аналізу психолого-педагогічної літератури ми визначаємо *творчість соціального педагога як суб'єкт- суб'єктну розвивальну взаємодію соціального працівника і клієнта, спрямовану на формування творчої особистості.*

У цьому значенні поняття *"творча особистість"* постає сьогодні основним, центральним поняттям соціальної педагогіки.

Творчу особистість визначають як особистість, межі творчості якої охоплюють дії від нестандартного розв'язання простого завдання до нової реалізації унікальних потенцій (індивіда) в певній галузі, і як людину, яка володіє певним переліком якостей, а саме рішучістю, умінням не зупинятись на досягнутому, сміливістю мислення, умінням бачити за межі того, що бачать його сучасники й бачили його попередники.

Слід зазначити, що більшість дослідників, пропонуючи характеристику творчої особистості, наводять перелік *якостей,* що, на їх погляд, містить у собі поняття "творча особистість".

Більшість авторів, зокрема С.Сисоєва, погоджуються з тим, що *творча особистісність - це індивід, який володіє високим рівнем знань, потягом до нового, оригінального, який уміє відкинути звичайне, шаблонне.*

На наш погляд, для *творчої особистості соціального педагога* потреба у творчості є життєвою необхідністю, а творчий стиль діяльності - найбільш характерним, головним показником.

Висновок: ми будемо розглядати творчу особистість як таку, якій притаманні мотиваційна спрямованість, характерологічні особливості, творчі вміння й індивідуальні особливості психічних процесів.

Мотивація й характерологічні якості творчої особистості, на наш погляд, більш ефективно формуються в системі соціально-виховної роботи, яка не регламентується змістом навчального матеріалу (на відміну від навчальної роботи) і необхідністю засвоєння певних знань, умінь та навичок. Саме тому зміст, форми і методи соціально-педагогічної роботи значною мірою можуть бути спрямовані на формування й розвиток мотиваційних і характерологічних якостей творчої особистості. Вивчення психолого-педагогічної літератури, власні дослідження й спостереження дозволили нам доповнити та модернізувати перелік якостей творчої особистості, що об'єднуються в *підсистему мотиваційних і підсистему характерологічних якостей творчої особистості.* Ми пропонуємо орієнтовний перелік визначених якостей:

І. Підсистема мотиваційних якостей

-бажання пізнати себе;

-потяг до процесу творчості;

-творчий інтерес, допитливість;

-бажання бути визнаним, отримати високу оцінку діяльності;

-потяг до пошуку нової інформації, фактів;

-економічна зацікавленість.

II. Підсистема характерологічних якостей

-сміливість;

-готовність до ризику;

-самостійність;

-ініціативність;

-упевненість у своїх силах та здібностях;

-незалежність поведінки;

-повага до інших;

-емпатійність;

-терпляче ставлення до інших;

-цілеспрямованість;

-наполегливість;

-уміння довести почату справу до кінця;

-працелюбність;

-вимогливість до себе;

-почуття гумору;

-задоволення від процесу творчості;

-спостережливість;

-терпляче ставлення до критики;

-енергійність;

-чесність, прямота суджень;

-відсутність нетерплячки при очікуванні винагороди;

-товариськість;

-самовідданість;

-упевненість при невизначеності й хаосі;

-скептицизм;

-гордість, почуття власної гідності;

-почуття прекрасного;

-чулість аналізу моральних проблем;

-емоційна активність.

Кожен суб'єкт соціально-педагогічної взаємодії як неповторна індивідуальність характеризується своїм унікальним набором якостей, котрий визначає рівень її творчих досягнень і можливостей. Ці якості, звісно, виявляються нерівномірно, а деякі можуть бути й зовсім відсутні в діяльності. Залежно від мети соціально-педагогічної діяльності перелік творчих якостей можна змінювати. Це надає можливість приділити увагу найбільш яскравим, пріоритетним якостям.

Висновок: найбільш пріоритетні завдання соціальної педагогіки сьогодні пов'язані з пошуком шляхів вирішення проблем формування творчої особистості, розвитку індивідуальних здібностей і талантів молоді, забезпечення розумів самореалізаіщ кожного вихованця. Це обов'язково потребує дослідження таких аспектів: вивчення особливостей формування якостей творчої особистості вихованця в системі соціально-педагогічної роботи, виявлення якостей суб'єктів соціально-педагогічної роботи, що сприятимуть успіху їх творчої діяльності.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ЗРІЛОГО ВІКУ

До цього віку ми відносимо осіб від 34 до 60 років.

Вікова характеристика зрілості

Вікові завдання: природньо-культурні (збереження здоров'я і здорового способу життя); соціально-культурні (самореалізація у професійній сфері аж до зміни роду діяльності, забезпечення сімейного благополуччя, виховання дітей (пізніше онуків); соціально-психологічні (знаходження почуття продуктивності, відчуття контролю над ситуацією, подолання можливих криз 40 і 50 років).

Провідні інститути й агенти соціалізації: родина, місце роботи, ЗМК, члени родини; їхня роль у вирішенні вікових завдань.

Вікова субкультура: власність життєдіяльності, конкретизована залежно від статі, віку, професійної приналежності, місця проживання; особливості сімейного, сусідського і професійного спілкування.

Небезпеки: пияцтво, алкоголізм, самітність, суїцид, безробіття, утрата життєвих перспектив, хвороби, убогість, смерть близьких, сімейні безладдя, розлучення.

Основні напрямки роботи соціальних працівників: консультації з питань сімейного життя і виховання дітей, профілактики й подолання внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів; утворення можливостей у мікросоціумі для реалізації сімейних та індивідуальних інтересів та участі в суспільному житті, створення сімейних клубів і об'єднань, організація допомоги неблагополучним родинам і самотнім людям. Соціальна робота з людьми зрілого віку найменш вивчена. Проте можна припустити, що особливості соціальної роботи з цією віковою групою перебувають в галузі соціальної психології.

Соціальна психологія – основа соціальної роботи з людьми зрілого віку

Соціальна робота з людьми зрілого віку найбільш повно відображає соціально-психологічні закономірності й проблеми сучасного суспільного розвитку.

Провідною проблемою соціальної психології є проблема соціальних впливів. Знаючи природу й характер цих впливів, соціальний працівник зможе краще зрозуміти, чому люди відчувають те, що відчувають, і роблять те, що роблять. Та й сам соціальний працівник стає менш уразливим для небажаних маніпуляцій і більш обізнаним у механізмі керування своєю діяльністю.

Наведемо відповідні приклади.

Працюючи з людьми зрілого віку, соціальний працівник ураховує такі важливі обставини, як обставини тендера (соціально-біологічна характеристика, за допомогою якої люди дають визначення поняттям "чоловік" і "жінка"). В обставинах тендера має місце гендерна роль - набір очікуваних зразків поведінки (норм) для чоловіків і жінок. Світова практика соціальної роботи показала, що тендерні ролі залежать від культури й в індустріальних сучасних суспільствах

надзвичайно різноманітні й різноймовірнісні (так, наприклад, у Північній Америці молоді чоловіки й жінки з рівним ступенем вірогідності закінчують коледж, тоді як для японських чоловіків ця ймовірність виявляється в три рази вище, ніж для японських жінок).

Наявність у суспільстві визначеної тендерної культури показує, до якого ступеня соціальна робота з людьми зрілого віку може бути продуктом відповідних норм. Гендерна субкультура суспільства деякою мірою може пояснити наявність бідності, емоційних розладів, злочинів чи правопорушень, алкоголізму чи наркоманії, чи навіть безробіття як результат особистісних. внутрішніх, індивідуальних недоліків.

Гендерна субкультура суспільства накладається на інші його субкультури (національно-етнічну, ментальну, правову і т.ін.). У результаті цей чи інший вплив може викликати найрізноманітніші відповідні реакції в представників різних культур, а отже і соціальна робота з представниками різних культур буде здобувати відповідний соціально-психологічний сенс.

Показовим у цьому відношенні є такий приклад: **зі спогадів Антона Селищева, співробітника банку Morgan Stanley Dean Witter & Co[*].**

Мій офіс розташовувався на Бродвеї. 1585, три з половиною милі від Всесвітнього торгового центра. Після того як перший літак урізався в будинок, я вибіг на вулицю. Евакуація усього Манхеттена почалася практично відразу. Вулиці міста настільки вузькі, що, стоячи на бруківці, представити масштаби катастрофи було складно.

Пізно ввечері я вирішив піти з центру міста пішки, по мосту дістався до Брукліна. Нічний Нью-Йорк являв собою страшне видовище: порожній, засипаний попелом, освітлений прожекторами рятувальних машин. По гучномовцю звучали заклики записатися в групи волонтерів для участі в розчищенні завалів. Проходячи повз бару, розташованого прямо біля зруйнованого будинку, я заговорив з його працівником, який повідомив, що найстрашніше було, коли після вибухів на голови стали сипатися частини людських тіл. Цих "осколків" були тисячі. І це було страшно...

Однак був і такий факт. У Південній вежі, що лише на 18 хвилин пережила свою "сестру" - Північну вежу Всесвітнього торгового центру, розташовувався офіс російської компанії, яка входила до холдингу E-Style, що спеціалізувався на інформаційних технологіях. Усі вони могли б загинути, якби... Росіяни — не американці, що приходять на роботу о 9-ій ранку. Так було й 11 вересня. Керівник компанії Володимир Можаєв ближче до полудня прийшов на роботу...а роботи-то й немає. Його нежартівливе занепокоєння про своїх співробітників незабаром уляглося: ніхто з них на роботу вчасно не з'явився. Навіть секретарка Ірина Плаксіна вчасно в офіс не встигла - у момент, коли "Боінг " вдарив у Південну вежу, вона знаходилася на першому поверсі і встигла благополучно вийти, так і не проробивши в той день жодної хвилини.. .[24,232]

У галузі соціальної роботи з людьми зрілого віку дуже важливо знати, розуміти й використовувати особливості процесу соціального мислення на рівні "Я-концепція".

Більшість людей страждають від багатовластивого їм нахилу на користь свого Я (тенденція сприймати себе прихильно).

У повсякденному житті люди:

-часто звалюють невдачу на ситуацію, а вдачу приписують собі;

-звичайно оцінюють себе вище за середнє за суб'єктивно бажаними особливостями і здібностями;

-вірячи в себе, виявляють нереалістичний оптимізм щодо свого майбутнього;

-переоцінюють поширеність власних думок і недоліків (помилковий консенсус) і недооцінюють поширеність здібностей і чеснот інших (помилкова унікальність). Подібне сприйняття власного Я частіше виникає з мотиву підтримати й підвищити самооцінку - спонукання, що рятує людей від депресії, але сприяє недооцінці й груповому конфлікту.

Люди схильні не тільки сприятливо сприймати себе, але й підносити себе в бажаному світлі. Така тактика "регулювання вражень" може привести людину до удаваної скромності чи до деструктивної поведінки.

Як суспільне утворення людина пристосовує свій світ і свої дії до оточення. Кожна людина різною мірою є самомонітором (самомоніторинг; вивчення способів репрезентації себе в соціальних ситуаціях і регулювання поведінки з метою справити бажане враження), вона звертає увагу на свою поведінку і регулює її, щоб справити бажане враження. На прикладі удаваної скромності, коли люди принижують себе, звеличують майбутніх конкурентів чи привселюдно хвалять інших, хоча в глибині душі залишають першість за собою, пояснюється тактика "регулювання вражень". Через поведінку, що саморуйнує поводження, щоб захистити самоповагу, люди часом створюють собі перешкоди - проблеми, знаходячи виправдання невдачам.

Я-концепція містить у собі не тільки переконання людини в тому, хто вона зараз, але також і те, ким вона могла б стати - наші "можливі Я", що містять у собі те, якими ми бачимо себе в наших мріях, і те, якими ми боїмося стати. Такі можливі Я мотивують людину на досягнення особливої мети - до того життя, до якого вона прагне.

Розуміння характеру соціального мислення в галузі Я-концепції зумовлює особливу спрямованість соціальної роботи з "дорослими" саме за зазначеною сферою.

Так, наприклад, сучасні соціально-психологічні дослідження в галузі феномена "самоповага" показують значну кореляцію між високою самоповагою й соціальним самопочуттям[15,66-67]. Люди з високою самоповагою зберігають позитивні емоції; у поганому настрої люди, які мало поважають себе, будуть вишукувати погані спогади у своєму минулому. Люди з високою самоповагою поліпі іують його позитивними спогадами; подібним же чином люди з низькою самоповагою в поганому настрої у відповідь на експонуючу мрячну картину, як правило, уявляють собі неприємну історію. Люди, які глибоко поважають себе, знаходячись у поганому настрої, звичайно придумують історію, що покращує настрій.

"Самопосилення" як мета соціальної роботи з особами зрілого віку

На відміну від інших практик метою соціальної роботи повинно бути самопосилення людини, якій надається допомога.

Наведемо два приклади надання такої допомоги з галузі консультування безробітних громадян із застосуванням тренінгової технології [24,260-263]. Ці приклади примітні також і тим, що демонструють нам факт того значення, яке має феномен самоповага (самооцінки) в соціальній роботі.

Приклад консультування безробітних громадян (занижена самооцінка)

Н. закінчила технікум харчової промисловості в обласному центрі. Технік-тгхнолог харчової промисловості. За розподілом виїхала в одне із міст області й поступила на завод на посаду технолога-майстра. Заробітна плата була дуже маленькою, а жити приходилося в гуртожитку барачного типу зі зручностями на вулиці. До того ж на роботі довелося керувати бригадою, середній вік у якій - близько 50 років, їй же на той момент було 18 років. Паралельно довелося опановувати нову технологію роботи, тому що її призначили бригадиром не за тісю спеціальністю, за якою вона закінчила технікум.

Через 3 роки вона вийшла заміж: і переїхала в інше місто. Змушена була піти працювати буфетницею. Цю роботу вона ненавиділа, тому що торгувати пивом так і не навчилася. Незабаром ускладнилися стосунки з чоловіком, і вона змушена була з ним розлучитися. У цей же час її запросили на посаду начальника виробництва на завод до сусіднього міста. У її обов'язки входило здійснювати контроль за виробництвом на чотирьох заводах харчової промисловості. І хоча працювала там досить довго, змушена була піти через хронічну хворобу дитини. Улаштувалася на роботу касиром у професійно-технічне училище, а потім стала і заступником директора з адміністративно-господарської частини. Народила другу дитину.

Через кілька років її знову запросили на хлібозавод технологом, на якому вона й проробила до початку 1990-х рр., коли завод було вирішено закрити. У неї в підпорядкуванні було 45 чоловік, і тут вона вперше зіштовхнулася з відкритим злодійством на робочому місці. З цим довелося боротися. І ця боротьба

увінчалася успіхом: коли прийшов час здавати завод, усі заходи були проведені протягом двох днів.

Після ліквідації заводу Н. залишилася без роботи, а реєструватися в якості безробітньої не хотіла. Тому вона написала лист генеральному директору об'єднання хлібозаводів в обласному центрі, у якому описала свій досвід роботи. Дуже швидко її запросили на посаду директора хлібозаводу в інше місто. Під її керівництвом опинилося 140 чоловік. Колективу як такого не було. На початку своєї діяльності вона зіштовхнулася з прямим саботажем з боку працівників. Наприклад, при запуску закупленої в Німеччині нової потокової лінії з виробництва сушінь слюсарі, завданням яких було налагодження нового обладнання, уставляли запізні болти в рушійні частини маши г Н. почала з формування колективу й низки виховних заходів, що поєднували як каральний вплив, так і заохочення. Нову лінію вдалося запустити протягом півмісяця. Незабаром заробило ще кілька нових потокових ліній з виробництва різних хлібопродуктів; старі печі були замінені німецькими міні-пекарнями. Н. установила тісні контакти з виробниками устаткування для хлібопекарської промисловості з Німеччини, у результаті чого нові лінії вдавалося налагоджувати в найкоротші терміни. Проте, незважаючи на економічну ефективність діяльності, випробувала сильний вплив з боку незадоволених її політикою на підприємстві. На заводі практично щодня з'являлися перевірочні комісії з різних контрольних органів. Був навіть зроблений напад на її чоловіка, і він тривалий час лежав у лікарні.

У результаті всього цього Н. пішла з роботи й зареєструвалася в якості безробітньої в службі зайнятості області. До моменту її приходу в тренінгову групу вона вже кілька місяців шукала роботу. її емоційний стан на початок тренінгу можна оцінити як подавлений, депресивний, з високим ступенем розпачу. У тому, що залишилася без роботи, вона звинувачувала колишнє своє керівництво і колег по роботі, що нібито "уставляли їй ціпка в колеса". Н. вважала, що для неї роботу знайти неможливо, тому що їй 51 рік, а потрібні скрізь до 40 років. Себе вона сприймала як невдаху, чий досвід нікому не

потрібний. У процесі роботи вона змінила свої установки. За підтримкою з боку інших учасників групи, на прикладі ряду оголошень про пошук керівного персоналу, вона зробила висновок про те, що має великий досвід управлінської роботи. Складання резюме далося з превеликим зусиллям, але стало поворотним моментом, що дозволило переосмислити досвід роботи. Закріпило ж ці зміни формування перспективного плану пошуку роботи. Незабаром Н. одержала ряд пропозицій щодо роботи.

Приклад консультування безробітних громадян (підвищена самооцінка) К. перебуває на обліку в Службі зайнятості населення в якості безробітньої близько одного року. До цього також: не працювала протягом декількох років у зв'язку із хворобою. Освіта - середня спеціальна за фахом "культпрацівник". Вік - 40 років. Заміжня, має дітей. Працювала спершу за фахом, а після в архіві, у військово-обліковому столі, паспортисткою і т.ін. Більше 2-3 років на одному робочому місці не затримувалася. На питання: "Яку роботу ви шукайте?" відповіла: "Таку, де добре платять ". На питання про спеціальність перерахувала всі види робіт, що вона виконувала, і додала: "Мені все одно, де працювати, аби добре платили ". Основною причиною, з якої вона не могла влаштуватися на роботу, вона називала погану роботу кадрових служб підприємств, їхню незацікавленість у якісному підборі персоналу. К. стверджувала, що головне завдання кадрових працівників - "відв'язатися" від відвідувачів. Найкраще, що можна від них почути, - "вакансій немає, а можуть і матом послати". До того ж К. зовсім упевнена, що боротися з хамством кадрових працівників даремно, тому що "слова до справи не пришиєш". На питання про оголошення в газетах вона відповіла, що всі ці оголошення - неправда: "Щодо газет — ідіть до них розбиратися, що вони там публікують". К. стверджувала, що з нею ніхто довго не розмовляв, відповідали, що вона їм не підходить з тих чи інших причин. Рівень потреб К. досить високий. Вона претендує на посаду, яку, як правило, займають фахівці з вищою освітою: учитель, начальник відділу в державній установі і т.ін. На питання одного з учасників групи: "Чому ж Ви дотепер не знайшли роботу,

якщо Ви такий досвідчений фахівець?" вона відповіла: "За чутками, зараз не рекомендації потрібні і не ці ваші дипломи, а хабарі. Даси хабар - значить улаштуєшся на нормальну роботу. А для того, щоб дати хабар, потрібно не телефонувати, а приходити ".

Надалі К. відмовилася брати участь у роботі групи, заявивши, що в неї проблем немає, і краще вона буде шукати гроші, щоб дати хабаря.

Найбільш повно соціальна робота з людьми зрілого віку, орієнтована на самопосилення людини, якій надається допомога, може бути здійснена в практичній діяльності соціального працівника на індивідуально-особистісному рівні.

Тут мета соціальної роботи полягає в тому, щоб, допомагаючи людині, яка потрапила у важку життєву ситуацію, змінити її, щоб допомогти людині прийняти ту чи іншу проблему як дану реальність, адаптуватися до нової життєвої ситуації, щоб, у кінцевому рахунку, людина не потребувала сторонньої допомоги, тобто стана самодостатньою. Таким чином, допомога в соціальній роботі виступає як засіб досягнення мети, як інструмент, завдяки якому зріла людина знаходить визначений гармонічний стан на досить довгий період свого життя й може повноцінно соціально функціонувати.

Як правило, у зрілому віці за допомогою звертаються люди в двох основних випадках: 1) коли вони не в змозі успішно справитися зі своєю особистою проблемою;

2) коли вони хотіли б розвити свої потенційні ресурси й можливості, щоб жити краще. Професійний соціальний працівник надає допомогу і першим, і другим.

Уже тільки в одному слові "допомога" міститься нескінченна безліч комбінацій і прийомів, якими користуються соціальні працівники. Тому соціальна робота - це творчість самого соціального працівника, але ця творчість має дві істотні особливості. Перша зв'язана з тим, що соціальна робота як професія насамперед має справу із стосунками людей, а також зі зв'язками між ними і їх навколишнім соціальним середовищем, причому на різних рівнях, аж до рівня всього

суспільства в цілому. Саме цей бік соціальної роботи і є відмінною рисою цієї професії, виділяючи її з інших теоретичних дисциплін і соціальних практик. Друга особливість, що ґрунтується в основному на першій, полягає в тому, що соціальна робота виявляється технологічною, а її ефективність залежить від компетенції соціального працівника і "самісних" якостей клієнта.

Технологія індивідуальної соціальної допомоги

Сьогодні в теорії й практиці соціальної роботи досить добре розроблені питання технології індивідуальної соціальної допомоги. Завдання професіонала - опанувати ними. Як влучний приклад у галузі розробок технології індивідуальної соціальної роботи можна навести такий[10,70-73]: у практичній соціальній роботі прийнято вважати, що технологічний процес індивідуальної роботи повинен складатися з трьох основних етапів.

Перший етап, як правило, полягає в оцінці реальної ситуації. Основний принцип дій фахівця полягає в тому, щоб допомогти клієнту визначитися й з'ясувати для себе реальне положення справ з його проблемною ситуацією, а також побачити не використані до цього часу можливості вирішення своїх проблем.

Клієнт ніколи не зможе вийти з проблемної ситуації і використовувати відповідні ресурси доти, поки він не визначить характер своєї проблеми й не зрозуміє її сутність.*Наведемо приклад з практики й розберемо його поетапно.*

Наталя К, не заміжня, 42 роки, живуть удвох із хворою старою матір'ю. Дочка залишила колишню роботу, щоб бути поруч з матір'ю, знайшла надомну роботу й практично весь свій час присвятила догляду за матір'ю. Поступово стосунки між ними стали псуватися, мати стала дуже дратівливою, стан здоров'я її погіршився. Атмосфера в домі стала нестерпною. Мати була ветераном війни і була на обліку в центрі соціального обслуговування. Наталя звернулася за допомогою до фахівця із соціальної роботи, щоб порадитися, що їй робити, як допомогти матері.

Другий етап полягає в тому, щоб визначити, чого прагне клієнт, яких результатів він чекає, звертаючись за допомогою до фахівця. Тут основний принцип дій фахівця полягає в тому, щоб допомогти клієнту зрозуміти, усвідомити для себе, чого він хоче домогтися, тобто визначитися з цілями й завданнями звертання за допомогою, попередньо з'ясувавши для себе характер проблемної ситуації й можливості, що він не використовував. Цей етап пов'язаний з відповідями на такі питання, як: "Що ви хочете?", "Що буде з вами, коли вам стане легше?". Цей етап пов'язаний з оцінкою результатів, яких потенційно хотів би домогтися клієнт. Продовжимо приклад з Наталею К.

Наталя вважає, що, мабуть, буде краще для обох, якщо вони будуть жити окремо, і вона, нарешті, стане влаштовувати своє особисте життя, знайде собі гарну роботу, друзів, тобто буде жити нормальним, повноцінним життям.

Третій етап - соціальна дія. Основний принцип фахівця на цьому етапі полягає в тому, щоб допомогти клієнту діяти відповідно до поставлених цілей і реально домогтися того, чого він хоче. Клієнт може знати, чого він хоче, у якому напрямку діяти, але йому необхідна допомога для того, щоб визначитися з тим, як це зробити. Цей етап пов'язаний з конкретними активними діями для того, щоб досягти конкретних результатів.

Фахівець допомагає Наталі визначитися, як їй діяти, щоб організувати своє життя й життя її матері по-іншому. Він також допомагає їй виявити для себе, витягти з підсвідомості невловиме почуття провини перед матір'ю, що її гризе, коли вона обговорює з фахівцем, як їй„краще діяти. Фахівець допомагає Наталі порадою, як найкраще їй знайти пристойну роботу за фахом, яка б її влаштувала, де вона могла знайти нових друзів і подруг.

На **цьому ж етапі** необхідно допомогти клієнту перебороти упередження проти активних дій. Основний принцип дій фахівця полягає в тому, щоб допомогти клієнту діяти конструктивно, позитивно, відповідно до нової інформації, тих нових знань, що він знайшов під час інтеракцій з фахівцем, допомогти клієнту перевести розроблені стратегії в конкретні цілеспрямовані дії.

Усі ці три стадії за своєю суттю когнітивні, тобто пізнавальні. Техніка полягає в спілкуванні й плануванні дій. А спілкування, у кінцевому рахунку, повинно привести до дії. На всіх трьох етапах із самого початку інтеракції основний вектор роботи спрямований убік самостійних, звісно, у рамках правового поля, дій клієнта. Для того, щоб процес допомоги був ефективним, клієнтам протягом усієї інтеракції необхідно постійно діяти в реальному повсякденному житті.

Так наприклад, Наталя вважає, що її зустрічі з фахівцем будуть більш продуктивними, якщо вона буде приходити, заздалегідь підготувавши питання, що її цікавлять. І вона стала приходити із записною книжкою. Вона також: вважає, що її бесіди із соціальним працівником будуть приносити велику користь, якщо в результаті кожної зустрічі їй буде ясно і зрозуміло, що їй треба зробити конкретно до наступної зустрічі. Зрештою, за допомогою своїх родичів і фахівця із соціального центру вона знайшла гарний стаціонар недалеко від будинку свого старшого брата. Наталя знайшла гарну роботу, але про матір постійно пам'ятала, часто відвідувала її, доглядала за нею. Стосунки між: ними незабаром налагодилися. У гості до матері Наталі стали приходити онуки, інші родичі, які жили поруч, у стаціонарі вона завела собі друзів свого віку, та й медична допомога завжди під боком. Так була вирішена проблемна ситуація, з якою прийшла Наталя до фахівця із соціальної роботи.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Раніше проблеми соціальної роботи з людьми літнього віку в цьому підручнику були розглянуті через призму соціальної роботи з клієнтами різних проблемних груп (груп ризику). У даному ж параграфі проблеми старості будуть, в основному, висвітлюватися з погляду соціальної геронтології. До людей літнього віку ми відносимо всіх осіб після 60 років.

Особливості вікової категорії населення "літнього віку" і соціальної роботи з нею

Дана вікова категорія населення характеризується такими особливостями. Вікові завдання: природньо-культурні (збереження життєвої активності й здорового способу життя); соціально-культурні (збереження й переорієнтація соціальної активності та пізнавальних інтересів; знаходження форм участі в житті близьких); соціально-психологічні (знаходження почуття задоволеності прожитим життям, почуття виконаного обов'язку; знаходження доступних способів самореалізації; пом'якшення кризи переходу до післятрудового життя). Провідні інститути й агенти соціалізації: родина, мікросоціум, інститути піклування, релігійні організації; родичі, сусіди, товариші по дозвіллю; їхня роль і можливості у вирішенні вікових завдань.

Особливості життєдіяльності: сфери інтересів, способи пізнавальної, предметно-практичної й духовно-практичної діяльностей, оздоровчі заняття, турбота про здоров'я; особливості змісту і кола спілкування в родині й мікросоціумі; особливості життя в установах піклування.

Небезпеки: алкоголізм, паління, самітність, суїцид, занедбаність, хвороби, убогість. Основні напрямки соціальної роботи: виявлення осіб, які вимагають соціального піклування вдома й у спеціальних установах; створення умов для вияву активності людей похилого віку в мікросоціумі й задоволення їхніх інтересів; роз'яснювальна робота з близькими людей похилого віку.

Соціальний працівник, незалежно від профілю спеціалізації, повинен бути ознайомлений з біосоціальною сутністю старіння й старості; зі старінням населення як демографічним процесом з усіма його соціальними наслідками; зі своєрідністю соціальних, психологічних і медичних проблем літнього й старечого віку; з особливостями самітності; адаптації до старості; з обсягом і можливостями трудової діяльності в цей період, у тому числі інтелектуальної й творчої; з використанням залишкових фізичних і інтелектуальних здібностей старих людей, а також з основами догляду за безпомічними старими людьми й низкою інших соціально-психологічних і морально-етичних проблем.

Соціальний же працівник - фахівець у галузі геронтології - більшу увагу приділяє проблемам психології і психопатології літнього й старечого віку, засвоєнню психотерапевтичних методів у вирішенні їхніх сімейно-побутових проблем, розумінню деонтологічних питань в обслуговуванні й соціальній роботі зі старими людьми.

Коротко зупинимося на характеристиках позначених моментів.

Біосоціальна сутність старіння і старості

Тут необхідно строго розрізняти поняття старіння і старості. Старість - заключний період вікового індивідуального розвитку (онтогенезу),шо наступає закономірно. Старіння – руйнівний процес, що протікає в результаті наростаючої з віком дії зовнішніх і внутрішніх факторів, ,що ушкоджують і призводять до недостатності фізіологічні функції організму.

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

Старіння населення як соціально- демографічний процес

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 смислі, - оборотне явище: "омолодження" населення настає при підвищенні народжуваності, коли в структурі суспільства збільшується частка дітей і молоді, а частка людей старшого віку відповідно зменшується. З цієї точки зору сучасна

цивілізація знаходиться у стані старіння: змінилася вікова структура населення і процеси природнього 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 співвідношення 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 й 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, **ж** до людей, "які, віджилим 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.

Своєрідність медичних і **соціально-психологічних проблем літнього і старечого віку**

Зазначена своєрідність у соціальній роботі відбивається останнім часом у таких концепціях, як "спосіб життя" і "якість життя", розроблених ВІЗ у 80-х роках.

Доведено, що переважна більшість випадків передчасного старіння і смерті є наслідком неправильного способу життя (шкідливі звички, незбалансоване харчування, алкоголізм, наркоманія, паління, екологічне неблагополучия і т ін)

Концепція способу життя заснована на розумінні всього процесу розвитку людини з раннього дитинства і до глибокої старості, її невідворотності, а також

знанні того, яким чином можна використовувати сили організму як у період молодості і зрілості, коли людина досягає вершин індивідуальних можливостей, так і тоді, коли сили з роками неминуче зменшуються. Психічне вмирання прискорює фізіологічне, тому люди, яким удалося надовго зберегти психічну активність, відсувають немічну, глибоку старість. У цьому смислі кожна людина сама вибирає і виробляє свій власний спосіб старіння.

Якість життя тісно пов'язано із загальним добробутом літньої і старої людини й характеризується сукупністю зовнішніх і внутрішніх факторів. Тут галузь соціальної роботи стратегічно спрямована на медичне обслуговування літніх і старих людей, на підтримку їхньої життєдіяльності в родині і суспільстві, а також на забезпечення їхніх особистих потреб.

Особливості самітності і адаптації до пенсійного періоду життя

Під самітністю в геронтології розуміють тяжке відчуття розриву з оточенням, що збільшується, острах наслідків самотнього способу життя, важке переживання, пов'язане із втратою істотних життєвих цінностей чи близьких людей, постійне відчуття покинутості, марності й непотрібності власного існування.

Почуття самітності виявляється у всіх вікових періодах, але тільки в старості воно набуває особливої актуальності і значимості для особистості.

Самітність у старості - поняття далеко не однозначне і, власне кажучи, має соціальний смисл:

-самітність як соціальний стан, що відбиває психофізичний статус літньої і старої людини, що утрудняє їй зав'язування нових і підтримку старих контактів і зв'язків, обумовлений різними причинами як психічного, так і соціально-економічного характеру; -самітність як відсутність родичів, дітей, онуків, подружжя, а також окреме проживання від молодих членів родини;

-самітність як повне позбавлення людського спілкування для багатьох старих людей, які живуть у родині;

-самітність як самотній спосіб життя: фізичний стан, що активно обирається самою особистістю в силу свого характеру й психічного здоров'я на основі прагнення відгородитися від оточення, бажання захистити свій спосіб життя, внутрішній світ, незалежність і стабільність від вторгнення сторонніх і навіть близьких родичів.

Стратегія соціальної роботи тут визначається сферою відмінностей феноменів ізоляції від самітності. Ізоляція означає об'єктивну відсутність суспільних контактів, самітність же є суб'єктивним психічним станом. Вона не пов'язана з кількістю суспільних контактів, а значною мірою обумовлена монотонністю й нудьгою існування. Ступінь самітності залежить від чекань, які є в літньої і старої людини стосовно оточуючих.

Адаптація до старості

Пов'язана з проблемами професійного старіння, із принципами реабілітації в передпенсійному.віці, з мотивацією продовження трудової діяльності після досягнення пенсійного віку, з використанням залишкової працездатності пенсіонерів за віком, з адаптацією до пенсійного періоду життя.

У якості загальних стратегічних висновків для організації практики соціальної роботи може бути такі:

-у даний час об'єктивно встановлено, що припинення трудової професійної діяльності у зв'язку з виходом на пенсію призводить *до* погіршення фізичного і психічного стану у 55% чоловіків і у 60% жінок; -багато сторін обміну і функцій людського організму у віці 50-59 років змінюються дуже істотно (ці зміни пов'язані, у першу чергу, з порушеннями: нервово-гуморальної регуляції органів і систем зі зниженням імунологічної реактивності, з обмеженням функціональних можливостей серцево-судинної системи, з гіпоксичними порушеннями, з порушенням метаболізму і процесів утворення енергії); -старіння - це процес, що відбувається протягом усього життя людини, і в "третьому віці" стан людини тісно пов'язаний з адаптацією в попередні роки і залежить від впливу широкого кола факторів зовнішнього середовища (умов праці, харчування, побуту, стресових

ситуацій і т.ін.); -прискорене професійне старіння є результатом інтенсифікації виробництва, підвищення вимог до психофізіологічних можливостей організму, невідповідності функцій старіючого організму, що наростають, вимогам професійної діяльності й умовам її виконання;

-якщо людина змінюється постійно протягом життя, то також бажано, щоб змінювалася робота, яку вона виконує; тому альтернативні форми зайнятості пенсіонерів по старості -у сфері малого й середнього бізнесу, у фермерстві, на садових ділянках і т.ін.

Соціальний захист літніх і старих людей

Це комплекс економічних, соціальних і правових гарантійдля громадян літнього і старечого віку, що базується на принципах людинолюбства й милосерда стосовно членів суспільства з боку держави, які цього потребують. У свою чергу, соціальний захист населення літнього і старечого віку складається з профілактики, підтримки і представництва.

Профілактика має на меті зберегти добробут старої людини через зменшення чи усунення чинників ризику, і тим самим запобігти її влаштування в стаціонарних установ соціального обслуговування.

Підтримка - це допомога, необхідна старим людям для збереження максимально можливого рівня самостійності.

Представництво - захист інтересів старих людей, визнаних недієздатними, від їхнього імені, для надання необхідної допомоги.

Обов'язки соціальної роботи з літніми і старими людьми

Таким чином, практична, соціальна робота з літніми і старими людьми полягає в тому, щоб зробити роки життя людини в цьому віці гідними й благополучними [45,217-218]. На п'ятдесятій сесії Генеральної Асамблеї ООН у березні 1995 р. для підготовки і проведення Міжнародного року літніх (1999 р.) 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 J правових послуг, користування послугами піклувальних установ і 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 **"достоїнство"** торкаються питання недопущення експлуатації, фізичного й психічного насильства стосовно людей похилого віку, забезпечення їм прав на справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової чи етнічної приналежності, інвалідності чи іншого статусу, а також незалежно від їхнього трудового внеску.

6. 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.

Питання для самоперевірки:

1. Дайте сутнісну характеристику поняття "вікова структура населення".

2. Чим викликана наявність, в теорії й практиці соціальної роботи множинності класифікацій віків? Наведіть приклади таких класифікацій з короткою їхньою характеристикою.

3. Коротко охарактеризуйте три групи соціально-вікових завдань: а) дитинства; б) молодості; в) зрілого віку; г) літнього і старечого віку.

4. У чому полягає особливості соціальної роботи з дітьми?

5. Дайте коротку характеристику організації соціальної роботи з дітьми на основі фактора "ризику".

6. Розробіть програму соціальної роботи з дитиною однієї із конкретних проблемних груп.

7. Розкрийте соціально-психологічні особливості дитячої девіації і криміногенності.

8. Розробіть типологію девіантно-кримінальної поведінки дитини.

9. Висловіть своє ставлення до явища "графіті" серед дітей у сучасному світі й обґрунтуйте його.

10. Коротко охарактеризуйте феномен дитячих "фобій" і його вплив на практику соціальної роботи з дітьми.

11. Зв'яжіть проблему віктимності в рамках девіантної поведінки й психології особистості дитини з проблемою соціальної роботи з ним.

12. Коротко охарактеризуйте процес педагогічної реабілітації в соціальній роботі з дітьми девіантно-кримінальної поведінки.

13. Наведіть приклади конкретних технологій діяльності соціального працівника, орієнтованих на роботу з дітьми девіантно-кримінальної поведінки.

14. Спираючись на індивідуально-професійний досвід, розробіть приклад конкретної технології соціальної роботи з дитиною девіантно-кримінальної поведінки.

15. Проаріалізуйте систему соціально-педагогічної роботи з дітьми девіантно-кримінальної поведінки, що склалася в Україні.

16. Проаналізуйте ефективність соціальної роботи з молоддю в Україні, виходячи з власного життєвого й професійного досвіду на основі відповідних критеріїв, розроблених у теорії й практиці соціальної роботи.

17. Дайте коротку характеристику соціально-проблемного "молодіжного поля" і висловіть індивідуально-професійне ставлення до нього.

18. Охарактеризуйте основні напрямки соціального захисту молоді.

19. Охарактеризуйте основні принципи соціального захисту молоді.

20. Наведіть конкретні приклади соціальної роботи в Україні з молоддю.

21. На основі свого професійного досвіду складіть конкретну програму роботи з молоддю, що має креативну спрямованість.

22. Дайте коротку характеристику особливостей людей зрілого віку.

23. У чому полягає сутність соціально-психологічного базису соціальної роботи з людьми зрілого віку.

24. Розробіть зразкову програму самомоніторингу для осіб середнього віку.

25. Розробіть програму "самопосилення" для конкретної особи зрілого віку.

26. Розробіть на основі загальної технології індивідуальної соціальної роботи конкретну технологію індивідуальної соціальної допомоги конкретному клієнту з галузі визначеної групи ризику (проблемної групи).

27. Дайте коротку характеристику особливостей вікової структури населення "літнього віку" і соціальної роботи з нею.

28. Співвіднесіть основні проблеми соціальної психології (проблему соціальних впливів, проблему власного Я і т.ін.) із проблемами соціальної роботи з людьми зрілого і літнього віку.

29. У чому полягає теорія біосоціальної сутності старіння й старості? Виділіть у цій теорії "раціональне зерно" для практики соціальної діяльності із зазначеною категорією клієнтів.

30. У чому полягають основи теорії старіння населення з погляду соціально-демографічного процесу? Які умови основ соціальної роботи з літніми й старими людьми на базі зазначеної теорії?

31. Охарактеризуйте своєрідність медичних і соціально-психологічних проблем літнього і старечого віку й можливі моделі соціальної роботи в цей період.
32. Проаналізуйте проблему адаптації до старості й проблему соціальної роботи в цьому напрямку.
33. У чому полягає проблема обов'язків соціальної роботи з літніми і старими людьми?
34. Використовуючи методологічну технологію в галузі соціальної роботи, розробіть конкретну технологію роботи з визначеною групою клієнтів літнього і старечого віку

Використана література

2. Бартєнєва І. О. Психосоціальна підтримка осіб, які пережили травматичні події під час війни. Одеса: Гельветика, 2022. 212 с.
3. Бондаренко М. В. Соціальний захист внутрішньо переміщених осіб в Україні: правовий аспект. Київ: Логос, 2023. 190 с.
4. Бойко О. М. Специфіка кейс-менеджменту в роботі з ВПО. Соціальна робота та соціальна освіта. 2023. Вип. 1(10). С. 45–53.
5. Бровендер О.О. Peculiarities of the functioning of funds and grant programs: trends in fundraising activities \ Organization of Project Activities in Educational Establishments: European Experience: a collection of scientific works of Jagiellonian University in Kraków. - Jagiellonian University, Kraków, Poland 2024 Vol.1. P. 6-14.
6. Бровендер О. О., Завацька Н.Є., Блискун О. О., Савчук О. А. Шелест О. В. /Соціально-психологічні основи процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму/ О.О. Бровендер, Н.Є. Завацька , О.О. Блискун , О.А. Савчук ,О.В. Шелест - Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). Т.2. – С. 394-403.

7. Бровендер О. О., Завацька Н. Є., Каширіна Є. В., Побокіна Г. М., Федорова О. В./ Соціально-психологічний аналіз професійних деформацій у соціальних працівників та шляхи їх попередження/ О. О.Бровендер, Н. Є. Завацька., Є. В.Каширіна, Г. М. Побокіна, О. В Федорова - Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. Збірник наук. праць СНУ ім. В. Даля. -Київ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022.-№ 1(57). Т.1. С. 172-180. Категорія Б Внесено до наукометричної бази Index Copernicus
8. Балабанова Л. О., Стрельник І. М. Соціальна робота з дітьми та молоддю. – Київ: Каравела, 2020
9. Василишина Н. М. Соціальна робота з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії. Львів: Новий Світ-2000, 2023. 240 с.
10. Василенко Л. П. Роль соціального працівника у мультидисциплінарній команді реабілітації. Вісник ХНУ. 2022. № 4. С. 112–118.
11. Головата Н. Цифрові інструменти у соціальній роботі: досвід пандемії та війни. Цифрова платформа. 2023. Т. 6. № 2. С. 88–95.
12. Гречаник Н. І. Соціальна реабілітація ветеранів війни: теорія та практика. Полтава: ПНПУ, 2023. 185 с.
13. Дубровська О. Соціальна підтримка людей похилого віку під час евакуації. Психологія і суспільство. 2023. № 3. С. 140–152.
14. Євтушенко І. Проблеми реінтеграції ветеранів у цивільне життя. Соціум. Документ. Комунікація. 2024. № 18. С. 201–215.
15. Жигайло Н. І. Психологія та соціальна робота в екстремальних ситуаціях. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2022. 310 с.
16. Звєрєва І. Д. (ред.). Енциклопедія соціальної роботи (оновлене видання). Київ: ДЦССМ, 2022. 560 с.
17. Завацька Н. Соціально-психологічна адаптація дітей-сиріт у закордонних громадах. Вісник УжНУ. 2022. Вип. 51. С. 34–40.
18. Іванова О. Соціальна профілактика домашнього насильства в умовах стресу. Право та державне управління. 2023. № 2. С. 77–84.

19. Карагодіна О. Г. Соціальна робота з вразливими групами населення. Київ: Університет «Україна», 2023. 308 с.
20. Козловська І. М. Технології соціальної роботи у територіальних громадах. Тернопіль: ТНПУ, 2022. 225 с.
21. Кравченко Т. В. Соціально-педагогічна підтримка сім'ї в кризових умовах. Київ: Академвидав, 2023. 215 с.
22. Ковальчук Т. Професійне вигорання соціальних працівників у кризовий період. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2022. Вип. 16. С. 12–19.
23. Луценко Ю. Надання соціальних послуг у сільських громадах: нові підходи. Аспекти публічного управління. 2023. Т. 11. С. 55–62.
24. Лях Т. Л. Волонтерство в соціальній роботі: сучасні виклики. Київ: Університет Грінченка, 2022. 198 с.
25. Макаренко О. Паліативна допомога як складова соціальної роботи. Здоров'я та суспільство. 2023. № 1. С. 102–110
26. Мирошниченко Н. О. Соціально-психологічна допомога постраждалим від військових дій. Одеса: Гельветика, 2022. 240 с.
27. Назаренко О. В. Соціальна робота з сім’ями, які перебувають у складних життєвих обставинах. Суми: СумДПУ, 2023. 210 с.
28. Пєша І. В. Соціальний захист дітей в Україні: трансформації під час війни. Київ: Наукова думка, 2023. 235 с.
29. Поліщук В. А. Теорія соціальної роботи: навчальний посібник. Тернопіль: Осадца Ю.В., 2022. 340 с.
30. Романовська Л. І. Етика соціальної роботи. Хмельницький: ХНУ, 2023. 180 с.
31. Семигіна Т. В. Сучасна соціальна робота. Київ: Академвидав, 2022. 500 с.
32. Слозанська Г. І. Соціальна робота в громаді: підручник. Тернопіль: ТНПУ, 2022. 412 с.
33. Тюптя О. В. Економіка соціальної роботи. Київ: Знання, 2023. 250 с.

34. Шаповалова Т. В. (ред.). Теорія та практика соціальної роботи в умовах воєнного стану. Полтава: ПНПУ, 2023. 282 с.
35. Шевченко В. М. Соціальна адаптація осіб з інвалідністю в умовах цифровізації. Харків: Право, 2024. 220 с.

Навчальне видання

Навчально-методичний посібник
з дисципліни «Соціальна робота з різними групами клієнтів»

для здобувачів освітнього ступеня «бакалавр»

за освітньою програмою

«СОЦІАЛЬНА ПОСЛУГИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ» ,

спеціальності І10 «Соціальна робота та консультування»

усіх форм навчання

Укладач:

Олена Олександрівна Бровендер
Наталья Євгенівна Завацька

Оригінал-макет О.О. Бровендер

Підписано до друку__.__.202__.
Формат 60х84 1/16. Папір типогр. Гарнітура Times.
Друк офсетний. Умов. друк. арк. ___. Обл.-вид. арк.___.
Тираж ___ екз. Вид. № ___. Замов. № ____. Ціна договірна.
Видавництво Східноукраїнського національного університету
імені Володимира Даля

Свідоцтво про реєстрацію: серія ДК № 1620 від 18.12.03 р.
Адреса університета: вул. Іоанна Павла ІІ., 17

м. Київ, 01042, Україна e-mail: vidavnictvosnu.ua@gmail.com