

ВВЕДЕННЯ У СОЦІАЛЬНУ РОБОТУ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Рекомендовано Міністерством праці та соціальної політики України

Хмельницький національний університет

КИЇВ
«ФЕНІКС»
2001

ББК 65.272я7
В24
УДК 364 (075)

Редакційна колегія:

**Бурлака В.В., Вельбовець Н.М., Жмир В.Ф., Овчаренко П.П.,
Семигіна Т.В., Федько В.Т., Яценко В.Г.**

Рецензенти:

Лукашевич М.П., доктор філософських наук, професор
Мигович І.І., доктор філософських наук, професор

Введення у соціальну роботу. Навчальний посібник. — К.: Фенікс, 2001. — 288 с.

ISBN 966-651-026-x

Колектив авторів:

Семигіна Т.В. {глави 1, 4, 5, 6, 12}; **Грига І.М.** {глави 1, 3}; **Шевчук О.С., Шевчук С.П.** {глави 2, 3}; **Андрійв В.М., Кубрак В.М.** {глава 5}; **Смерецька В.В.** {глави 5, 6}; **Божик С.М., Піковий М.Л., Кривоконь Н.І., Яценко В.Г.** {глава 6}; **Стецьков О.В., Кравченко Р.І.** {глава 7}; **Полтавець Д.В.** {глави 7, 11}; **Бурлака В.В., Волинець Л.С.** {глава 8}; **Кабаченко Н.В., Дубасенюк О.А., Бойко А.М., Беца О.В.** {глава 9}; **Петрова Т.П.** {глава 10}; **Семенець Р.М.** {глава 12}.

Навчальний посібник має на меті допомогти соціальним працівникам з надомного обслуговування, працівникам установ і закладів соціальної сфери, а також студентам розширити знання про новий в Україні напрям практичної і наукової діяльності — соціальну роботу. Розглянуте коло теоретичних питань, наведені практичні приклади. Практики соціальної сфери одержать корисні знання щодо особливостей роботи з різними групами клієнтів, які потребують соціальної підтримки.

Розрахований на слухачів курсів підвищення кваліфікації, працівників системи соціального захисту, студентів освітнього рівня "молодший спеціаліст" і тих, хто цікавиться соціальною роботою.

Підготовку і видання посібника здійснено за підтримки Агентства міжнародного розвитку і співробітництва Швеції (Sida). Точка зору авторів може не співпадати з офіційною позицією Міністерства праці та соціальної політики України, а також Агентства міжнародного розвитку і співробітництва Швеції.

ISBN 966-651-026-x

© Колектив авторів
© РА«ЧАС-ШК»

Шановні колеги!

Перед Вами — посібник, підготовлений до друку в 2001 році. Цей рік для України особливий. Це не тільки рік початку нового тисячоліття. Для українців перш за все він знаменний тим, що 24 серпня виповнюється 10 років існування на карті світу незалежної української держави. Процес економічного оздоровлення, що розпочався, дозволив зробити суттєві кроки в розв'язанні гострих соціальних проблем. В основу соціального захисту громадян покладено "Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року". У зв'язку з цим особливо важливо об'єктивно проаналізувати, що в нашій найгуманнішій сфері за цей час вдалося зробити, яких цілей не було досягнуто, ознайомитися зі стратегією та тактикою наших дій у майбутньому, досвідом соціальних служб розвинутих країн світу.

Презентований посібник призначений для соціальних працівників, його завданням є допомога їм в набутті нових знань та вмінь, що в кінцевому рахунку сприятиме більш кваліфікованому догляду за людьми похилого віку, самотніми, непрацездатними та іншими, хто цього потребує.

Соціальна робота в Україні має глибоке коріння, але її зміст у наш час зазнає суттєвих змін та доповнень. Впродовж десятиліть існували у нас стаціонарні інтернатні установи, в останні роки створено сотні територіальних центрів соціального обслуговування непрацездатних громадян та інвалідів. Працівники цих закладів сумлінно трудилися й трудяться, щоденно творячи добро для людей. Внутрішня потреба сприймати чийсь проблеми і біди як свої власні, пропускати їх через своє серце, приходити на допомогу, використовуючи весь фаховий потенціал, досвід, навички, допомагає соціальним працівникам знаходити вихід із будь-якої ситуації, долати труднощі сьогодення.

Проте люди, котрі надають соціальні послуги, як правило, мали й у переважній своїй більшості мають освіту у споріднених галузях, але не спеціальну освіту із соціальної роботи. Отож, питання впровадження соціальної роботи як професії і як навчальної дисципліни є справді новим для нас. Новим і надзвичайно важливим.

Наша щоденна праця проходить у складних і далеко не для всіх звичних умовах. Величезний попит з боку суспільства ми по-справжньому відчули в останні роки, коли почав матеріалізуватися курс ринкових реформ. Значна частина суспільства, передусім пенсіонери, інваліди, малозабезпечені сім'ї, опинилась у скрутному матеріальному становищі і не може обійтися без допомоги працівників соціальної сфери. Інфляційні процеси боляче б'ють по тих, хто змушений жити на невисокі пенсії, відмовляючи собі у найнеобхіднішому. І подібних прикладів можна навести чимало.

Соціальна політика держави — далеко не абстрактне поняття, а жива, постійно реагуюча на суспільні вимоги матерія. Президент України Леонід

Данилович Кучма, Верховна Рада, Уряд держави найсерйознішим чином налаштовані на досягнення кардинальних змін на краще.

Природно, що від установ і закладів нашого Міністерства люди чекають зрушень в усіх напрямках соціальної політики.

В умовах соціально-економічних змін потрібні висококваліфіковані фахівці, які зуміють реалізувати гуманістичний потенціал соціальної роботи, допоможуть іншим не втрачати почуття власної гідності та поваги оточуючих. Вчасне й належне надання соціальних послуг далеко не завжди визначається фінансовими можливостями, але й тим, наскільки послуги відповідають запитам конкретної людини, наскільки професійно соціальний працівник поставиться до неї, як він зможе зрозуміти, чого саме вона потребує найбільше — моральної підтримки, допомоги в налагодженні стосунків із оточуючими, фізичної або ж трудової реабілітації, теплого слова, а, може, інколи — чогось такого, що дозволить по-іншому поглянути на себе, на власне становище й знайти вихід зі здавалося б зачарованого кола особистісних проблем. Саме тому соціальним працівникам потрібні знання щодо особливостей людської психіки, різних форм соціальної роботи, специфіки роботи з тою чи іншою групою населення (особами похилого віку, тими хто має функціональні обмеження тощо), розуміння можливостей та обмежень соціального захисту, практики застосування соціального законодавства, а також розвиток навичок професійного спілкування. Особливого значення в роботі соціального працівника набувають морально-етичні засади стосунків "соціальний працівник — клієнт". Таким чином ми можемо говорити про важливість знання теорії та практики соціальної роботи.

Це видання розраховане на соціальних працівників, яких — десятки тисяч працює в соціальній сфері. Його підготував авторський колектив спеціалістів Міністерства, викладачів вищих навчальних закладів, науковців. Можливо, в деяких випадках офіційна позиція Міністерства не завжди співпадає з твердженням авторів. Але нині кожен має право на власні погляди. Ми вдячні нашим міжнародним партнерам, зокрема Шведському агентству міжнародного розвитку (SIDA) за підтримку у здійсненні спільного проекту "Навчання соціальних працівників", за сприяння Міністерству праці та соціальної політики України в організації підвищення кваліфікації кадрів працівників підвідомчих органів та фінансове забезпечення цього видання.

Сподіваємося, що цей посібник допоможе соціальним працівникам у їхній щоденній благородній роботі, надасть можливість впроваджувати передові підходи в роботі, в тому числі й досвід європейських країн.

Петро ОВЧАРЕНКО,
перший заступник Міністра праці та соціальної політики України

Вступ

Цим навчальним посібником ми завершуємо чотирирічну роботу проекту українсько-шведського співробітництва, спрямованого на допомогу регіонам у проведенні навчання соціальних працівників. З українського боку проект здійснювало Міністерство праці та соціальної політики України, зі шведського — консорціум компаній "Lunconsult AB" (м. Стокгольм) та "Zenit International" (м. Естерсунд).

Проект розпочався 1997 року в Житомирській області, яку визначили пілотною для напрацювання моделі підготовки соціальних працівників базового рівня. Це був перший етап роботи. На другому і третьому етапах до проекту приєдналися ще п'ять областей України — Харківська, Миколаївська, Чернігівська, Чернівецька, Хмельницька. Міністерство праці та соціальної політики України координувало реалізацію проектних завдань. Працівники міністерства спільно з колегами з областей брали участь у навчальних візитах до Швеції, а також писали глави цього навчального посібника.

Створення посібника ініціювали представники областей — викладачі навчальних закладів, працівники установ та закладів соціального захисту, згадуючи про нагальну потребу у навчальних матеріалах цього напрямку. Тому видання є кроком на підтримку навчального процесу, насамперед спрямованого на працюючих працівників з надомного обслуговування, а також їхніх керівників, тобто базової ланки працівників соціального захисту.

Розробка навчально-методичних матеріалів була одним із головних пріоритетів проекту від самого його початку. Перший набір навчальних матеріалів і перший варіант навчального плану підготовки соціальних працівників побачили світ наприкінці шлотного етапу проекту в Житомирі у 1997 році. На другому етапі центральний офіс проекту видав "Посібник для слухачів 10-тижневих курсів підготовки соціальних працівників базового рівня", що крім теоретичної бази містив модульний навчальний план.

Видання, яке Ви тримаєте в руках, є продовженням тієї копіткої роботи. Воно відображає те, що напрацьовано в українському суспільстві, зміни у підходах, які використовують практики, та зміни у законодавчому полі соціальної політики України.

Навчання соціальної роботи в Україні розвивається. Особливо це сто-

сується вищої освіти. Російськомовні видання та перші україномовні книги з соціальної роботи відкрили нові горизонти освіти в цій галузі. Цей посібник розрахований на те, щоб закрити прогалину, яка існує на базовому рівні. Він може допомогти у підвищенні кваліфікації практичних працівників соціальної сфери, їхніх керівників. Крім того, посібник у комплексі з іншими навчальними матеріалами можна використовувати для навчання студентів освітнього рівня "молодший спеціаліст". Матеріали також будуть корисні для всіх, хто цікавиться соціальною роботою.

Над створенням посібника впродовж року працював великий колектив авторів з двадцяти двох осіб. Це люди, які мають різне відношення до соціальної роботи як фаху. Майже всі вони прийшли до неї з різних сфер, мають різний освітньо-професійний рівень, працюють у різних установах. Мабуть, це певною мірою підкреслює специфіку соціальної роботи.

Ми хотіли б подякувати керівництву Міністерства праці та соціальної політики України, його працівникам за зацікавленість і постійну підтримку, без якої створення посібника було б неможливим. Сподіваємося, що посібник зробить вагомий внесок у розвиток професійних навичок з соціальної роботи.

**Віктор БУРЛАКА,
консультант проекту "Навчання соціальних працівників"**

Глава 1

ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Навчальні цілі:

- дати визначення соціальної роботи;
- охарактеризувати головні риси соціальної роботи;
- ознайомити з поняттям "клієнт" соціальної роботи;
- дати уявлення про основні ролі соціального працівника;
- розкрити поняття імпауерменту (активізації клієнта) у соціальній роботі.

"Допомогти людям допомогти собі" — гасло соціальних працівників. Соціальна робота — визнана в усьому світі назва спеціальності, основою якої є прояв гуманного ставлення людини до людини. Вона відрізняється від філантропії, благодійництва та подібних різновидів діяльності своєю орієнтацією не тільки на допомогу у розв'язанні проблем особистості чи соціальної групи, але й на розвиток у них техніки подолання труднощів і вироблення навичок самопомоги.

У суспільному житті більшості країн світу соціальні працівники відіграють значну роль у плануванні, реалізації, оцінці та науковому вивченні соціальних програм, розрахованих на підтримку найрізноманітніших груп населення: від дітей із розумовою відсталістю і підлітків із порушенням поведінки до ветеранів війн і безробітних.

У цій главі йдеться про те, чим є соціальна робота, її предмет та зміст, про знання та навички, які необхідні соціальному працівникові, про те, які функції (ролі) може виконувати соціальний працівник і хто може стати клієнтом соціальної роботи. На завершення — мова йде про те, яке місце має посідати новий фах у суспільному житті України.

Предмет соціальної роботи; чинники, які впливають на соціальну роботу

Спробуємо спочатку зрозуміти сутність соціальної роботи. Погодьтеся, визначати, що таке соціальна робота, справа невдячна. Частково тому, що професія ця прикладна, а практичну діяльність важко суворо та чітко визначити. Частково через те, що в центрі соціальної роботи — особистість, її прояви та взаємодії з іншими людьми та суспільством у цілому. Ці прояви та стосунки є численними та багатовимірними.

Проблема визначення соціальної роботи є актуальною як у країнах, де відбувається становлення соціальної роботи, так і в країнах, де цей фах існує понад 100 років, про що свідчить досвід спілкування з іноземними колегами та численна література [1, 2, 3]. Часто-густо соціальні працівники мають різні освітні "набори" (наприклад, одна людина може бути бакалавром психології і магістром соціальної роботи), займаються відмінними прикладними аспектами професії, оскільки соціальна робота є багатосистемною галуззю.

Існує неоднозначність у визначенні соціальної роботи в різних країнах. На міжнародному рівні немає згоди щодо певних професійних стандартів [4]. Цей термін вміщує різні концепції та орієнтований на різні реалії. Наприклад, у Великобританії соціальна робота не включає роботу з молоддю та роботу в громаді. В Німеччині ж — це основні складові соціальної роботи та соціальної педагогіки.

У Франції в термін "соціальна робота" вкладають набагато більше, ніж у Німеччині та Великобританії [5]. До юрисдикції Міністерства соціальних справ та національної солідарності Франції належать установи, де задіяні працівники, які мають переважно освітні завдання: працівники служби пробації, експерти зі спеціальної освіти, дошкільні вчителі, персонал дитячих садків, працівники медико-психологічного напрямку, а також працівники, які безпосередньо допомагають людям у розв'язанні проблем: асистенти соціальних служб, сімейні консультанти, соціальні аніматори, надомні/сімейні помічники [6].

Соціальна педагогіка в Німеччині не особливо відрізняється від соціальної роботи, але перша є ближчою до галузі освіти та дозвілля. Вважається також, що соціальна робота більше зосереджена на дефіцитах суспільства, а соціальна педагогіка більшою мірою має справу з нормальним розвитком та освітою людей [7].

Пробація — від англ. probation — альтернативна ув'язненню санкція, яка полягає у встановленні нагляду за злочинцем, котрий залишається в суспільстві, але судом на нього покладені певні зобов'язання та обмеження.

Основними галузями соціальної роботи та соціальної педагогіки в Німеччині є такі:

- робота з сім'ями та молоддю (фінансова допомога, консультування, денні та резидентні установи, центри для молоді, організація дозвілля);
- робота в закладах охорони здоров'я (лікарні, психіатричні клініки, заклади охорони здоров'я для немовлят, дітей шкільного віку, робота з хронічно хворими та людьми з вадами, попередження алкоголізму та наркоманії;
- соціальний захист, включаючи різні види допомоги, робота з бездомними, людьми похилого віку, іммігрантами та політичними біженцями;
- робота з правопорушниками, включаючи кооперацію з судами, робота у в'язницях, службі пробації;
- робота в школах та інших освітніх закладах [8].

У США розвиток соціальної роботи як професії відбувається у напрямку "лікування", а не попередження соціальних "хвороб" та сприяння "здоров'ю" [9].

Кількість соціальних працівників різних рівнів у розвинутих країнах Заходу майже дорівнює кількості педагогів і перевищує кількість лікарів. Важливо, що сучасна соціальна робота орієнтується не на допомогу цілим класам суспільства, а на персональну конкретну допомогу людині, яка потребує її з боку суспільства.

В межах кожної країни питання про зміст професії "соціальна робота" зазвичай узгоджено, в Україні ж цей процес ще триває.

Отже, незважаючи на те, що професія "соціальна робота" досить давно існує, у багатьох західних країнах, а також у Північній Америці досі не існує єдиного визначення фаху. Немає єдиного розуміння й того, що може бути включено у соціальну роботу, що є її об'єктом, хто є клієнтами, які її методи, хто такі соціальні працівники.

Предметом соціальної роботи російська авторка Л. Гусякова вважає механізми реалізації життєвих сил і соціальної суб'єктності індивіда і соціальної групи, а також характер сполученості (рос. — сопряженности) життєвих сил індивіда, групи і засобів забезпечення їх реалізації в різних соціальних ситуаціях [10]. Це твердження можна сформулювати простіше, бо йдеться, фактично, про те, що в центрі уваги соціальної роботи є способи та засоби реалізації потреб та соціальних ролей людей.

Щодо змісту соціальної роботи, то він є різним в залежності від часу, соціальних та культурних умов. Соціальна робота є суспільним творінням. Кілька груп чинників визначають зміст цього фаху, створюють та контролюють соціальну роботу як професію, сприяють її академічному та практичному розвитку, визначають групи клієнтів серед людей, котрі шукають допомоги або прийшли отримати допомогу, зумовлюють зміни потреб клієнтів, створюють соціальний контекст, у якому здійснюють соціальну роботу. Серед чинників, що визначають зміст та особливості професії, — теоретичні розробки та дані наукових досліджень, політичні та законодавчі зміни в

країні, організаційні перетворення, впливи суміжних з соціальною роботою професій, засоби масової інформації [11].

Чинники, які визначають соціальну роботу:

- теоретичні розробки, дані наукових досліджень;
- політичні та законодавчі зміни;
- організаційні перетворення;
- впливи суміжних професій;
- засоби масової інформації.

Ці чинники:

- створюють та забезпечують контроль соціальної роботи як професії, сприяють її академічному та практичному розвитку;
- формують групу клієнтів та зумовлюють зміни їхніх потреб;
- визначають соціальний контекст, у якому здійснюють соціальну роботу.

Вважають, що практика соціальної роботи живиться історичними та культурними традиціями конкретної країни. І без урахування таких традицій небезпечно було б переносити практику соціальної роботи однієї держави до іншої.

Визначення, мета та завдання соціальної роботи

Визначальною рисою соціальної роботи є те, що вона захищає/представляє інтереси людей, які мають нерівні потенційні можливості порівняно з іншими через хвороби, вади, бідність, кризові ситуації, в яких вони опинилися. Розглянемо кілька визначень, що розкривають сутність соціальної роботи.

У. Лоренц зазначає, що "...соціальні працівники працюють з людьми, які є потенційно відторгнутими: бездомними, тими, хто є виключеним з основного потоку життя внаслідок бідності, фізичних або психічних проблем, що ускладнює пристосування до соціальних вимог, а також з тими, хто став жертвою нерівності у родині" [12].

О. Стівенсон підкреслює, що "...ті, хто присвятив себе соціальній роботі, підвищують чутливість суспільства... Вони мають справу з відтінками сірого, в той час як громадськість шукає чорне та біле. Їх надзвичайно обурює це"[13]. І справді, однією з особливостей соціальної роботи є те, що вона привертає увагу широкого загалу до суспільних негараздів, зокрема до таких, які не є помітними і очевидними. При цьому досвід інших країн демонструє, що досить часто громадськість звинувачує соціальну роботу в недієвості, а соціальних працівників у неможливості впливати на розв'язання соціальних проблем.

Досить лаконічним і зрозумілим є визначення соціальної роботи Американської національної асоціації соціальних працівників. Отже, в США соціальну роботу визначають як "... професійну діяльність з надання допомоги індивідам, групам або громадам, що збільшує або відновлює їхню здатність до соціального функціонування та створює сприятливі для цього умови у громаді" [14].

Найбільш академічним здається визначення сутності фаху першим керівником Школи соціальної роботи Києво-Могилянської академії В. Полтавцем: "... соціальна робота — це система теоретичних знань та заснована на них практика, яка має на меті забезпечення соціальної справедливості шляхом наснаження і підтримки найменш захищених верств суспільства та протидії факторам соціального виключення..." [15].

За визначенням І. Миговича, "...мета соціальної роботи полягає у регулюванні правових, економічних стосунків людини з суспільством, наданні їй допомоги та підтримки в подоланні проблем, що виникли, та гідному самоутвердженні й повноцінному житті" [16].

Американська асоціація соціальних працівників бачить мету соціальної роботи в тому, щоб "...розвивати або відновлювати взаємовигідні стосунки між індивідом та суспільством, для покращення якості життя кожного його члена"[16]. Ці визначення, як бачимо, доповнюють одне одне.

Виходячи з мети, завдання соціальної роботи можна сформулювати так.

Завдання соціальної роботи:

- розширення можливостей та самостійності клієнтів у подоланні їхніх проблем;
- встановлення зв'язків клієнтів з системами, які мають необхідні ресурси, надають послуги;
- сприяння ефективному та гуманному функціонуванню цих систем;
- сприяння розвитку служб, які відповідають потребам клієнтів;
- вплив на соціальну політику.

Не всі ці завдання реалізують сьогодні соціальні працівники. До того ж, деякі з них лежать за межами компетенції соціальних працівників базового рівня.

Складові соціальної роботи: знання, вміння, цінності

Унікальність соціальної роботи полягає у намаганні запропонувати спеціалізовані послуги, які враховують як психічний, так і соціальний аспекти існування індивіда. Здійснюють ці послуги кваліфіковані працівники, до

обов'язків яких також входить взаємодія між користувачами послуг та державою. Як правило, соціальні працівники не займаються формуванням політики, але вони можуть впливати на політичні рішення. Найперше завдання соціальних працівників — захищати вразливих осіб.

Соціальні працівники роблять це різними способами, які ґрунтуються на певних знаннях, вміннях, цінностях.

Важливими складовими соціальної роботи є **знання**, а саме: знання з психології, соціології, психіатрії, законодавства, правових аспектів соціального захисту, теорій та методів соціальної роботи, а також знання про наявні ресурси та можливість їх використання.

Другим компонентом соціальної роботи є **вміння**. Соціальний працівник повинен уміти спілкуватися та надавати інформацію, оцінювати потреби та представляти інтереси людини, підвищувати її можливості та сприяти розвитку, створювати "мережу допомоги" та керувати процесом допомоги.

Третьою складовою соціальної роботи є професійні **цінності**. Вони базуються на переконанні в тому, що суспільство повинно **підтримувати людину**, коли вона стає вразливою або потрапляє у небезпечну ситуацію, що кожна **особистість є унікальною та неповторною**, на прийнятті того, що **всі люди є різні**, на повазі до них, на праві людей на **самовизначення**, а також на прагненні до **залучення, інтеграції, включення** їх у суспільне життя. Важливою цінністю у соціальній роботі є віра у **здатність людини до змін**.

Соціальна робота ґрунтується на переконанні, що, як правило, ми не знаємо, що для людини є найкращим. Вона знає це краще за нас. Хоча часом люди потребують знань/інформації про альтернативні можливості, відносні переваги та недоліки різних способів дій. Інколи люди потребують знань про те, як приймати рішення. Зрозуміло, що підтримка людей у кризових ситуаціях, навчання їх того, як виразити себе, як зважувати можливості, як приймати рішення і впроваджувати їх, вимагає не тільки неавторитарної позиції, але й глибокого переконання, що кожен з нас має право на власний спосіб життя, якщо, звичайно, це не шкодить іншим. Отже, як зазначалося у вступі до цієї глави, завдання соціального працівника вкладається в просту формулу: "Допомогти людині допомогти собі".

Практичне значення знань, умінь та цінностей можна сформулювати так:

- не завдавай шкоди;
- не перебільшуй ролі допомоги;
- демонструй, що ти поряд з клієнтом заради нього;
- будь доступним, відкритим, природним, гнучким, толерантним;
- утримуйся від критичних суджень;
- підтримуй добрі стосунки;
- вір у здатність клієнта до змін;
- незадоволення перетворюй на прагнення змін;

- *орієнтуйся на прагнення та бажання клієнта;*
- *роби тільки те, що необхідно;*
- *спирайся на добру волю, згоду клієнта;*
- *допомагай людям дізнатися про власні ресурси та можливості їхнього розкриття;*
- *збільшуй кількість варіантів вибору для клієнта;*
- *будь реалістичним;*
- *практикуй те, що ти знаєш, та те, в що віриш;*
- *продовжуй навчання.*

Основні ролі соціального працівника

В залежності від методів, які використовує в роботі соціальний працівник, а також навичок і вмінь, володіння якими вимагає застосування цих методів, виділяють шерег ролей у соціальній роботі [18]. У практичній соціальній роботі основними є ролі, пов'язані із **безпосереднім наданням послуг**.

До цієї групи відносять:

- *індивідуальну роботу або консультивання;*
- *подружню або сімейну терапію;*
- *групову роботу;*
- *освіту/поширення інформації.*

Наступна група ролей соціального працівника пов'язана із поєднанням систем. Тут маємо такі ролі:

Брокер

У процесі роботи виникає необхідність направлення клієнта до інших установ. Виконання цієї ролі вимагає знань про наявні у громаді ресурсні системи, їхні особливості та встановлення необхідних робочих стосунків з відповідними співробітниками цих установ. Прикладами виконання ролі брокера є направлення соціальним працівником територіального центру пенсіонера до управління соціального захисту населення з метою оформлення субсидії для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг або до поліклініки до дільничного лікаря.

Керівник випадку/координатор

Деякі клієнти мають обмежені можливості для того, щоб самостійно доступитися до інших ресурсних систем. Соціальний працівник у такому випадку є відповідальним за оцінювання потреб клієнта, влаштування та координацію надання необхідних послуг іншими спеціалістами через їх залучення або супроводження клієнта до певних установ.

Арбітр

У ситуаціях, коли виникають непорозуміння з клієнтом або колегами, хтось третій може виконувати роль арбітра при вирішенні суперечливих питань. За наших умов таку роль виконують, як правило, керівники установ або його відділень. У країнах Західної Європи та Південної Америки роль арбітра можуть виконувати також представники Асоціації соціальних працівників.

Представник/захисник клієнта

Ця роль передбачає представництво інтересів клієнта від висловлення його бажань, волі, ведення переговорів від його імені до захисту його юридичних інтересів, зокрема у суді.

Представництво

Виділяють такі види представництва [19]:

- *професійне* — здійснює працівник відповідної організації, який веде переговори від імені клієнта задля отримання послуг;
- *громадянське* — здійснюють навчені добровольці;
- *самопредставництво* — здійснюють самі клієнти, їхні родичі. Це дієвий спосіб представництва, бо "ніхто не знає краще, як тисне черевик, аніж той, хто його носить";
- *юридичне*;
- *колективне* — полягає у створенні позитивного іміджу певної групи клієнтів, представлення проблем з використанням засобів масової інформації (ток-шоу, теле- та радіопередачі, документальні фільми, статті) або з залученням громадськості (конференції з запрошенням відповідальних осіб, поєднання відзначення дня психічного здоров'я, інваліда тощо з акціями з метою привернення уваги широкого загалу до проблем цих людей).

Соціальні працівники, які мають високий рівень освіти та досвід роботи, можуть виконувати також інші ролі, що передбачають підтримку та вдосконалення систем соціального захисту. Вони можуть бути *експертами соціальних служб, членами мультидисциплінарної команди* (яка складається з різних фахівців), *керівниками*. Соціальні працівники можуть також виконувати роль дослідника та ролі, що мають на меті розвиток систем, а саме, бути *розробниками програм, розробниками напрямів роботи та процедур, бути полегшувачами змін та представниками* інтересів громад.

Клієнти соціальної роботи: вразливі/маргіналізовані верстви населення

Клієнтами соціальної роботи є окремі клієнти, групи клієнтів, їхні родичі, сім'ї, громади. Вони не можуть самостійно подолати свої проблеми, вийти з життєвої кризи, функціонувати самостійно і тому потребують сторонньої допомоги.

Варто підкреслити, що стан клієнта є динамічним і соціальному працівникові потрібно зважати на це. Соціальний працівник має прагнути розвинути самостійність своїх клієнтів. Клієнт не повинен бути залежним від соціального працівника, стосунки з ним мають характеризуватися взаємодією, партнерським характером.

Важливо зрозуміти, що клієнтом соціального працівника за певних обставин може стати кожний. Тому не варто протиставляти клієнтів соціальним працівникам.

ВОНИ (клієнти) <=> МИ (професіонали)

МИ (партнери)

Потенційними клієнтами соціальної роботи є представники вразливих/пригнічених верств населення.

Вразливими вважають індивідів або соціальні групи, що мають більшу, ніж інші, ймовірність зазнати негативних впливів соціальних, екологічних факторів або дістати хвороби. Синонімом цього поняття є "групи ризику" (про спеціальні групи клієнтів йтиметься у відповідній главі цієї книжки).

Звичайно, у кожному суспільстві можна виділити певні вразливі соціальні групи. Потенційними клієнтами соціального працівника є різні за віком люди (від немовлят до престарілих) і представники різних рас, етнічних груп, соціоекономічних рівнів, релігій.

Розглянемо групи потенційних клієнтів соціальної роботи [20]:

- бездомні;
- родини, в яких є проблеми дитячої занедбаності, сексуальних, фізичних зловживань стосовно дитини або одного з партнерів;
- подружні пари, які мають серйозні подружні конфлікти;
- родини, в яких дитину виховує лише один із батьків, та в яких мають місце серйозні конфлікти;
- ВІЛ-інфіковані люди та їхні родини;
- особи, які мають низькі доходи через безробіття, відсутність годувальника, фізичні вади, низький рівень професійної підготовки тощо;
- особи, які порушили закон і були за це покарані;
- вагітні дівчата-підлітки;
- гомосексуалісти/лесбіянки, які мають особисті або сімейні проблеми;

- особи, які мають соматичні (тілесні) чи психічні захворювання або інвалідність;
- залежні від алкоголю, наркотиків та їхні родини;
- іммігранти та меншини, що мають недостатні ресурси та можливості, або ті, хто став жертвою расизму, сексизму або інших форм дискримінації;
- особи із затримками розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини;
- особи похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати;
- мігранти та біженці, які мають недостатні необхідні ресурси;
- діти, які мають проблеми, пов'язані з навчанням в школі, та їхні родини;
- особи, які перебувають у стресовому стані, пов'язаному з травмуючими подіями (вихід на пенсію, смерть близької людини тощо), а також діти, які залишили сім'ю.

Очевидно, що не всі наведені категорії віднесені до потенційних клієнтів в Україні. Не завжди ми можемо констатувати, що в нашій країні надають необхідні послуги всім цим категоріям клієнтів. Соціальну роботу здійснюють як державні, так і громадські організації, а також церковні громади. Одним із напрямів діяльності останніх стає робота з людьми, які мають певні проблеми, а саме, з тими, хто скоїв злочин, із залежними від алкоголю або наркотиків, із безпритульними дітьми, з невиліковно хворими. Отже, церкви беруться за розв'язання складних проблем, які мають, до того ж, найбільшу соціальну значущість.

Поширеними в західних країнах є спеціалізовані соціальні служби, спрямовані на розв'язання проблем таких категорій клієнтів:

- діти і сім'ї;
- особи похилого віку;
- хворі;
- особи з функціональними обмеженнями;
- залежні від психоактивних речовин;
- ті, хто живе з ВІЛ/СНІДом;
- іммігранти.

Важливим є термін "соціально виключені люди". Мається на увазі, що люди ці виключені з основного потоку життя. У Великобританії до цієї категорії відносять правопорушників, бездомних, а у Франції та Німеччині сюди додають ще й безробітних та бідних, які бідують упродовж тривалого часу [21].

Для обґрунтованого визначення категорій потенційних клієнтів потрібно здійснювати моніторинг соціальних проблем та потреб. Окрім цього необхідним є також відпрацювання критеріїв визначення належності до певної групи клієнтів. На підставі визначених соціальних проблем та потреб і має розвиватися система надання послуг і, можливо, навіть створюватися нові організації. При цьому необхідне законодавче забезпечення, яке регулює діяльність соціального працівника щодо різних груп клієнтів.

Поняття "тавро", "стигма", "стереотип", "дискримінація"

Для того, щоб відчути, що означає бути клієнтом, достатньо згадати свій досвід у ролі пацієнта лікарень/поліклінік, клієнта/відвідувача служб соціального захисту. Не часто цей досвід можна вважати приємним. Бути клієнтом — невеликий привілей. Можливо, ви згадали про почуття залежності, безпорадності, приниженості, а також про почуття провини, злості, образи, розгубленості, відчуття, що ви "ніщо" або "ніхто". Саме такі негативні почуття пов'язані з поняттям "стигма".

Наведемо визначення деяких понять.

Стигма — соціальне становище індивіда, яке сприймається в даному середовищі як принизливе, та пов'язані з цим суб'єктивні переживання.

Стереотип — відносно стійкі уявлення про соціальне явище, соціальний статус або об'єкт (конкретного індивіда або групу), що є, як правило, спотвореними, оскільки базуються на поверхневих характеристиках або надмірному узагальненні характеристик, що спостерігаються у деяких членів групи.

Таврування — накладання тавра, певного імені, прізвиська, назви людині або її проблемі на підставі певних характеристик або моделей поведінки.

Дискримінація — упереджене та негативне ставлення до людей, яке базується на таких ознаках, як раса, стать, релігія, етнічність тощо.

Ейджизм — термін, що вживається для визначення упередженого ставлення до людей похилого віку. На практиці подібне ставлення призводить до дискримінації "за віком".

Сексизм — упереджене ставлення до людей за ознакою статі. Таке ставлення призводить до дискримінації "за статтю".

Антидискримінаційна практика — комплекс настанов та реальних заходів для подолання порушення прав будь-яких груп клієнтів у практиці соціальної роботи, передусім за класовими, національними, релігійними, статевими та віковими ознаками [22,23].

Імпауермент у соціальній роботі

Філософія соціальної роботи включає ідею розподілу влади з клієнтом, збільшення можливостей, повноважень, влади клієнта. Це відповідає центральним цінностям соціальної роботи — повазі до клієнта, участі/залученню його до прийняття рішень у ситуаціях власного та суспільного життя, самовизначенню. Збільшення можливостей клієнта автоматично означає підви-

щення його відповідальності, зменшення його залежності. Принцип надання влади у сучасній соціальній роботі визначається терміном "імпауермент" (інколи українською мовою його не зовсім точно перекладають як "наснаження", хоча йдеться про активізацію клієнта).

Імпауермент як термін виник у соціальній роботі наприкінці 80-х, коли почали обговорювати протиріччя між залежністю та незалежністю, автономією та захистом людини, правами громадян та владою уряду. Саме тоді було сформульовано, що призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям допомогти собі.

Обґрунтування необхідності допомогти людям допомогти собі має триєдину сутність: етичну, політичну та психологічну. Етичні причини необхідності застосування імпауерменту ґрунтуються на вірі у надзвичайну цінність кожної людини, що, власне, походить із християнства.

Демократичні переконання забезпечують політичне обґрунтування того, що влада має бути поділена між громадянами.

Психологічне обґрунтування таке. Відомо, що люди тим швидше та охочіше змінюються, діють чи дотримуються певного плану, чим більшу роль вони відіграють у прийнятті рішення. Мотивація — важливий принцип у соціальній роботі. Послуги успішні тільки тоді, коли клієнт бере активну участь у користуванні ними. Найкращі послуги та найдосвідченіші консультанти виявляться неефективними, якщо користувачі не будуть залучені до процесу планування роботи служб. Користувачі — найкращі експерти послуг.

Імпауермент є важливим для тих груп, яких ми вважаємо пригніченими у суспільстві: жінки, представники національних меншин та інші. Успішно діють групи самопомоги, які складаються з представників вразливих категорій населення або їхніх родичів.

Отже, коли соціальні працівники говорять про імпауермент, вони мають на увазі підтримку клієнтів, підвищення їхньої впевненості, самооцінки, компетенції, щоб вони могли:

- виступати від свого імені та від імені своєї родини в існуючих службах;
- об'єднатися з іншими для створення служб, які їм потрібні [24].

За визначенням відомого британського вченого С. Шардлоу, унікальна роль соціальної роботи полягає у визнанні цінності кожної окремо взятої особистості в контексті соціальних структур [25]. Наріжні принципи різних парадигм соціальної науки та педагогіки підштовхнули соціальну роботу до ідеї про те, що в прагненні досягнути стабільності та внутрішньої впевненості і кожної людини, і суспільства в цілому варто спиратися на особистість як на творчого суб'єкта. Люди мають самі брати активну участь у процесі розв'язання проблеми [26].



Фах соціального працівника в Україні

Потреба в соціальній роботі збільшується саме під час соціальних та економічних криз, бо в таких умовах з'являється чимало людей, котрі не можуть обійтися без захисту й допомоги з боку інших членів суспільства. Безперечно, після проголошення незалежності України, з її складною соціальною ситуацією, теж необхідне щось на зразок соціальної роботи, щоб пом'якшити труднощі, які постали перед нами через значні зміни соціальної, політичної та економічної сфер.

Проте є два досить суперечливих моменти у впровадженні професійної соціальної роботи. По-перше, фах соціального працівника формально існував в Україні ще з 70-х років, але, як стверджують експерти Європейського Союзу, було відсутнє розуміння соціального працівника як людини, котра має високий рівень знань про те, як запобігти, зменшити та усунути соціальні проблеми [27]. По-друге, законодавство із соціального захисту перебуває в стадії становлення, немає достатнього правового регулювання фахової діяльності соціальних працівників.

Але разом із тим в Україні збільшується кількість організацій та установ, які фактично реалізують той чи той вид соціальної роботи. Існують численні державні служби, що займаються вразливими групами населення, створюються нові інституції — наприклад, соціальні служби для молоді, клініки для хворих на СНІД, центри зайнятості тощо.

Практично ніхто зі співробітників соціальних служб не мав фахової освіти соціального працівника, яка передбачає володіння знаннями та на-

вичками вчителя, лікаря, адвоката, психолога-консультанта, соціолога-практика, вміння співчувати й рішуче діяти. Поки що цінності та етичні принципи соціальної роботи офіційно не визнані такими, що першочергово регулюють соціальну практику.

До того ж, поступово починає розвиватися добровільний сектор соціальної роботи, оскільки громадські організації, які репрезентують інтереси певних соціальних груп, не завжди задоволені послугами державної системи соціального захисту. Створюються клуби й денні центри: для дітей-інвалідів та їхніх батьків, для людей із проблемами психічного здоров'я, рідних наркозалежних та інших соціальних груп. Проте однієї самопомогі недостатньо, бодай на перших порах недержавна соціальна організація потребує порад фахового соціального працівника, котрий може підказати ефективний спосіб організації групової корекційної та адаптаційної роботи.

Отож, є об'єктивна необхідність підтримувати становлення фактично нового фаху в Україні — соціального працівника європейського зразка, розвивати державні та недержавні соціальні служби для людей, сімей, територіальних громад. Зрозуміло, що персонал таких служб повинен мати відповідну освіту, щоб бути в змозі запропонувати найкращі методи подолання важких обставин і допомогти людям реалізувати власний потенціал та стати активними членами суспільства.

Концепція соціальної роботи є новаторською для України, так само, як і професія соціального працівника. Підготовка спеціалістів нового фаху розпочалася у нас лише кілька років тому. Зараз уже можна говорити про навчання на трьох рівнях: базовому, середньому та вищому — університетському. Щоправда, в різних навчальних закладах існує різне уявлення про призначення соціальних працівників, а відтак спостерігаємо різний ухил: це й менеджери соціального захисту, й соціальні педагоги, й фахівці з соціальної політики та соціальної роботи тощо.

Нова спеціальність має перспективи в нашій державі. Хоча заради справедливості варто згадати, що ніде в світі соціальну роботу не вважають си́некурою. Це складна, відповідальна, як правило, низькооплачувана діяльність. Проте без неї важко досягти суспільного спокою. Як зазначає британський вчений У. Лоренц, соціальна робота й система соціального забезпечення служать інструментом інтеграції національної держави [28]. Тому новий фах є вкрай потрібним для України — якщо ми справді хочемо досягти соціальної стабільності в суспільстві.

Контрольні питання

1. Яку роль відіграють соціальні працівники в суспільному житті?
2. Чи є зміст соціальної роботи однаковим у різних країнах? Обґрунтуйте Вашу думку.

3. Які чинники визначають особливості соціальної роботи?
4. Яке з визначень соціальної роботи Вам подобається найбільше? Чому?
5. Сформулюйте головні фахові завдання соціальної роботи.
6. Розкрийте зміст професійних знань, вмінь та цінностей.
7. Які ролі соціального працівника доводиться виконувати в практичній роботі?
8. Які вразливі групи населення України Ви можете назвати?
9. Як Ви розумієте поняття "стигма" "тавро", "стереотип", "дискримінація"?
10. Чи доводиться Вам використовувати імпауермент у своїй роботі? Наведіть приклади.

Рекомендована література

1. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе. — Киев, 1997.
2. Мигович І.І. Соціальна робота. — Ужгород, 1997.
3. Попович Г.М. Соціальна робота в Україні і за рубежом. — Ужгород, 2000.
4. Практика социальной работы / Под ред. Ханвея К. и Филпота Т. — Киев, 1996.
5. Соціальна робота в Україні: перші кроки // Під ред. В. Полтавця. — К.: Видавничий дім "KM Academia", 2000.

Глава 2

ОСНОВИ ЕТИКИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ

Навчальні цілі:

охарактеризувати цінності, які є визначальними у соціальній роботі, та етичні принципи професії соціального працівника; ознайомити зі стандартами етичної поведінки соціального працівника;
звернути увагу на особливості професійного спілкування соціального працівника;
розкрити особливості поведінки соціального працівника з різними категоріями клієнтів.

Глава розкриває зміст таких понять, як цінності, принципи та стандарти соціальної роботи. Визначено норми професійної етики стосовно клієнтів, установ і організацій, колег. Особливу увагу приділено професійно-моральним якостям соціального працівника.

Друга частина містить виклад основ професійного спілкування у соціальній роботі. Даються практичні рекомендації щодо технології ведення бесіди з клієнтами.

Уявлення про етику

У стародавній Греції, перш ніж потрапити до Акрополя, треба було пройти через Пропілеї, — так називали браму. Пропілеї — саме так можна назвати тему "Етика, професійне спілкування та поведінка соціального працівника" — тому що вона саме й є своєрідним шляхом, який треба подолати кожному соціальному працівникові. Від того, як він засвоїть, опанує

етичні цінності, вимоги та норми, значною мірою залежатиме його професійний успіх.

Виконання професійних обов'язків у будь-якій сфері вимагає від людини дотримання певних етичних норм. Ці вимоги значно посилюються, коли йдеться про представників професій, які мають справу з людьми, колективами, з розв'язанням соціальних та особистісних проблем.

У соціальній сфері система етичних стосунків посідає стрижневе місце. Невиконання вимог професійної етики у стосунках із клієнтами може призвести до небажаних наслідків, таких як дискомфорт та погіршення самопочуття клієнтів, складні міжособистісні та соціальні конфлікти, погіршення результатів діяльності соціальної установи.

Насамперед необхідно розділити поняття моралі та етики, які в побуті вживають як синоніми. Спочатку давньогрецьке слово "ethike" було аналогом латинського поняття "moralis" і українського терміна "моральність". У процесі розвитку духовної культури людства поняття "етика" та "мораль" почали розрізняти. З часів Аристотеля слово "етика" почало означати галузь знань, що вивчає людські чесноти.

Кожна людина наділена мораллю. Кожне ставлення, дія або вчинок є моральним. Моральний вибір людини безпосередньо залежить від її особистісних параметрів. Навіть аморальні вчинки є проявом моралі. Зі знаком мінус. Моральні норми встановлюють у межах кожного соціуму. Те, що вважається моральним в одній культурі, в іншій вважають аморальним.

Завдання етики полягає в тому, щоб обґрунтувати ідеали моральності, взірцеві моделі людської поведінки і способи їх реалізації. У контексті соціальної роботи формалізовані значення цих ідеалів знайшли відображення у формі етичного кодексу соціального працівника, що став одним із найважливіших інструментів цієї діяльності. Соціальний працівник не має права ставитися до клієнта, виходячи з власної моралі, особистих уподобань. Навпаки, цей вид діяльності має ґрунтуватися виключно на етичних принципах, генерованих з цінностей соціальної роботи.

У визначенні О.І. Титаренка мораль інтерпретовано як "такий імперативно-оцінний спосіб ставлення людини до дійсності, котрий регулює поведінку людей з погляду принципового протиставлення добра і зла" [1].

Тут маємо підкреслити принаймні дві найсуттєвіші характеристики моралі. По-перше, мораль — це імперативний (від лат. imperativus — вимога, веління), тобто такий, що вимагає, спосіб регулювання поведінки й ставлення людини до інших людей і навколишнього світу. Отже, мораль можна подати як систему вимог та приписів стосовно людини, які рекомендують, що їй можна і чого не можна робити, аби стати на шлях добра, а не зла. По-друге, мораль являє собою ще й засіб оцінювання вчинків людини, мірило її життя з позицій добра і зла (тобто моральність).

З давніх-давен людство намагалося виробити універсальні норми, згадаймо хоча б "золоте правило" моралі, яке бачимо майже у всіх релігіях світу: "Чого сам не хочеш, того й іншому не роби".

Порівняймо:

- у буддизмі — "Не роби іншим того, що сам вважаєш злом";
- в індуїзмі — "Не роби іншим того, що спричинило б тобі біль";
- в іудаїзмі — "Що ненависне тобі, того й не роби іншому";
- в даосизмі — "Вважай прибуток ближнього своїм прибутком, а його втрату — своєю втратою";
- в ісламі — "Не можна назвати віруючим того, хто не бажає сестрі або брату своєму того ж, що і собі бажає";
- у християнстві — "Полюби ближнього, як самого себе".

Імперативність моралі європейського суспільства Нового часу найвиразніше сформульована Іммануїлом Кантом у його концепції категоричного імперативу. Оскільки, незважаючи на давність часу, ця концепція зберігає свою надзвичайну актуальність і для сучасної етики і особливо для етики професійної, дамо деякі пояснення.

Імперативом Кант називає певне ствердження, формулювання або формулу, що висловлює вимогу, веління. Кант розрізняє два види імперативів: гіпотетичний і категоричний.

Гіпотетичний, або умовний, імператив — це веління діяти певним чином заради досягнення певної мети. Скажімо, щоб бути здоровим, слід виконувати фізичні вправи, вживати якісну їжу, загартовуватися тощо.

Категоричний імператив саме й є імперативом моралі, загальним вираженням морального обов'язку як визначального. Категоричний імператив — не зумовлений метою, а вимагає здійснювати певні вчинки незалежно від будь-якої мети як такі, що необхідні самі по собі.

Категоричний імператив Канта має три аспекти, або формули.

Перша ("**формула універсалізації**"): "...чини тільки відповідно до такої максими¹, керуючись якою будь-коли можеш побажати, щоб вона стала загальним законом" [2].

Друга ("**формула персональності**"): "...чини так, щоб ти завжди ставився до людства як у своїй особі, так і в особі будь-кого іншого також як до мети й ніколи не ставився б до нього тільки як до засобу" [2].

Третя ("**формула автономії**"): "...воля людини має бути не просто підкореною законові, а підкореною йому таким чином, щоб її розглядали також як таку, що дає закон самій собі" [2].

Коментуючи ці формули, слід відзначити, що, по-перше, моральному засудженню підлягає все, що суперечить "золотому правилу". По-друге, людина є найвищою цінністю і одночасно метою будь-якої діяльності. Засуджено будь-яке маніпулювання не тільки іншими людьми, але й самим собою. По-третє, для моральної практики необхідно, аби моральні закони людина сприймала, як власні (автономна мораль), а не визначені будь-якими зовнішніми чинниками (конвенційна мораль).

Максима (лат. — *maxima* — основне правило, принцип) — логічний або етичний принцип, виражений у стислій формі, правило поведінки.

Категоричний імператив має актуальне значення для етики соціальної роботи, бо сама ця сфера діяльності спрямована на виконання суспільного обов'язку перед тими людьми, котрі з певних причин потребують певного суспільного опікування й допомоги.

Як у загальній, так і в професійній етиці вирізняємо два підходи. Згідно з першим (нормативним), етику визначають як науку про належне, про обов'язок, або етичну деонтологію (від гр. *deon* — потрібне, необхідне і *logos* — слово, вчення). Цей термін запровадив до наукового вжитку англійський філософ, представник так званого філософського утилітаризму Ієремія Бентам (1748—1832).

Другий підхід до етики ґрунтується на понятті моральних цінностей, передусім таких, як добро, благо та їхніх проявів залежно від ситуації чи сфери діяльності. Моральні цінності допомагають людині орієнтуватись у хаосі подій повсякденного життя, у різноманітті колізій, з якими доводиться стикатися у професійній діяльності. У цьому разі вживається термін етична **аксіологія** (від гр. *axia* — цінність і *logos*).

Цінності соціальної роботи

Етика соціального працівника виникає, як і будь-яка професійна етика, об'єктивно, адже виникає потреба в моральному регулюванні стосунків між людьми в цій сфері трудової і громадської діяльності.

Як уже було зазначено, важливу роль в етиці соціального працівника відіграють цінності. Звичайно, головним тут є духовне прийняття тої гуманістичної життєвої філософії, якою пройнята система цінностей у соціальній роботі.

У найширшому розумінні соціальною цінністю є властивість різноманітних явищ і предметів бути значущими для задоволення (або незадоволення) потреб особистості, соціальної групи або суспільства в цілому. Інша інтерпретація визначає цінності як морально-етичні орієнтири певної групи людей, особистості. У такому сенсі цінностями соціальної роботи слід вважати етичні орієнтири представників цієї професійної групи, і від опанування цих цінностей залежить успішність професійної діяльності.

Існують різні підходи до того, які цінності є визначальними у соціальній роботі. Так, професор Брістольського університету Ф. Парслоу вважає, що соціальна робота ґрунтується на трьох найважливіших цінностях:

- віра у цінність кожної особистості;
- віра у право кожного індивіда на самостійний вибір у житті;
- віра у можливість індивіда змінюватись [3].

Автори збірки "Навчання соціальної роботи" П.І. Рамон та Р. Саррі наводять перелік загальних цінностей соціальної роботи, передусім таких, як:

- право особистості на підтримку суспільства, коли вона не захищена або їй загрожує біда;

- право на повагу;
- право на самовизначення, якщо це не пов'язано з ризиком для цієї людини (або оточуючих);
- право на помилку;
- відповідальність особистості за свої дії [4].

На думку шведського дослідника соціальної роботи Л. Люндквіста, широкого поширення в соціальній роботі набули такі цінності, як:

- право на самовизначення;
- принципи добра, щастя;
- принцип мінімізації шкоди.

У різних джерелах наводять повніший перелік цінностей:

- прагнення до пріоритету особистості відносно суспільства;
- повага конфіденційності у стосунках із клієнтами;
- готовність відокремити особисті почуття і потреби від професійних стосунків;
- прагнення до соціальних змін, які відповідають соціально пізнаним проблемам;
- готовність до передачі знань і вмінь іншим;
- повага до індивідуальних та групових відмінностей;
- прагнення до розвитку здібності клієнта допомогти самому собі;
- готовність діяти від імені клієнта, незважаючи на можливу фрустрацію¹;
- прагнення до соціальної справедливості, до економічного, фізичного і розумового благополуччя всіх членів соціуму;
- прагнення до високих стандартів особистої та професійної етики [5].

Отже, сприйняття людини як вищої цінності, справжня, а не декларована турбота про людину, прийняття іншої людини такою, якою вона є, визнання того, що всі люди різні і саме цим вони цікаві, ідея любові до ближнього — все це сприяє пробудженню у соціальних працівників найкращих моральних якостей, спонукає їх до активних етичних дій.

При цьому важливо бути впевненим, що ми, як члени суспільства, маємо зобов'язання один перед одним. І тим біднішим стає суспільство й окремі його члени, чим менше виконують ці зобов'язання.

Для соціального працівника важливо не просто вивчити етичні вимоги, як заучують, наприклад, математичні формули. Першорядного значення тут набуває глибоке усвідомлення цінностей, коли вони стають життєвими орієнтирами людини, формують її життєву філософію та стають керівними у практичній професійній роботі.

Фрустрація — психічний стан, що виникає при реальній або уявній перешкоді, яка заважає досягненню мсти. Людина у стані фрустрації переживає напруження, тривогу, відчай, безвихідь, гнів, лють тощо.

Етичні принципи та стандарти соціальної роботи

Визначальні етичні норми і принципи соціальної роботи викладено в праці "Етика соціальної роботи: принципи і стандарти", схваленій Міжнародною федерацією соціальних працівників (МФСП) 1994 року. Праця складається з преамбули, де у стислій формі обгрунтовано важливість етичної обізнаності як складової частини професійної практики соціальних працівників, а також двох важливих документів: "Міжнародної Декларації етичних принципів соціальної роботи" та "Міжнародних етичних стандартів соціальних працівників".

У "Міжнародній Декларації етичних принципів соціальної роботи" подано етичні принципи професії соціального працівника, окреслено проблемні галузі, рекомендовано загальні методи розв'язання етичних проблем.

"Міжнародні етичні стандарти соціальних працівників" базуються на положеннях "Міжнародного Морального кодексу професійних соціальних працівників", прийнятого МФСП 1967 року. У вступі до цього документа задекларовано, що соціальна робота ґрунтується на різних гуманістичних, релігійних та демократичних ідеалах і філософських концепціях, мета яких — задоволення суспільних потреб і розвиток людського потенціалу.

Саме тому соціальні працівники:

- мають служити людині заради її добробуту і реалізації її можливостей;
- розвивати і використовувати обгрунтовані знання з поведінки людини і соціальної поведінки;
- сприяти розвитку ресурсів, які б відповідали індивідуальним, груповим, національним і міжнародним потребам і прагненням;
- бути відданими справі заради досягнення соціальної справедливості.

Розглянемо детальніше дванадцять етичних принципів професії соціального працівника, які викладено в "Міжнародній Декларації етичних принципів соціальної роботи".

Перший принцип має пряму відповідність до категоричного імперативу І. Канта і стверджує: "кожна людина є унікальною цінністю, на яку слід зважати і ставитися до неї з повагою".

Другий принцип теж нагадує нам "золоте правило" моралі: "Кожна людина має право на самореалізацію такою мірою, щоб це не утискало таке саме право інших людей, і зобов'язана робити внесок у добробут суспільства".

Третій принцип стосується обов'язків суспільства щодо людей: "Кожне суспільство, незалежно від устрою, повинно функціонувати так, щоб забезпечити максимальні блага для всіх своїх членів".

У наступних шістьох принципах визначені обов'язки соціальних працівників.

Четвертий — формулює обов'язок бути відданим соціальній справі.

У п'ятому принципі викладена вимога до соціальних працівників "присвятити здобуті знання і навички наданню допомоги окремим особам, групам людей, громадам і спільнотам в їхньому розвитку і в розв'язанні конфліктів як між собою, так і в стосунках із суспільством та подоланні наслідків цих конфліктів".

Шостим принципом передбачено, що "соціальні працівники повинні надавати якомога кращу допомогу будь-кому, хто потребує допомоги та поради, не маючи несправедливих упереджень щодо статі, віку, непрацездатності, расової приналежності, соціального класу, походження, релігії, мови, політичних переконань або сексуальної орієнтації".

Сьомий принцип вимагає поважати головні права людини згідно з Міжнародною Декларацією прав людини Організації Об'єднаних Націй та інших міжнародних конвенцій, що впливають з цієї Декларації.

Зміст **восьмого** принципу спрямований на збереження конфіденційності та відповідального використання в соціальній роботі інформації про приватне життя навіть тоді, коли законодавство країни суперечить цій вимозі.

Дев'ятий принцип торкається співпраці соціальних працівників з клієнтами "заради найкращих інтересів останніх, водночас віддаючи належну повагу інтересам інших людей. Клієнтів усіляко заохочують до участі в роботі, й вони повинні бути поінформовані про можливі ризики і переваги запропонованого напрямку дій".

Наступний, **десятий** принцип викладає очікування соціальних працівників, "що клієнти нестимуть спільно з ними відповідальність за визначення плану дій, спрямованих на зміну їхнього життя".

Окрім того, цей принцип також визначає можливості використання примусу, який може бути необхідним для розв'язання проблем однієї сторони за рахунок інтересів іншої, лише після ретельної, виваженої оцінки претензій конфліктуючих сторін. Соціальні працівники повинні звести до мінімуму застосування узаконеного примусу.

Одинадцятий принцип декларує несумісність соціальної роботи з прямою або непрямою підтримкою осіб, груп людей, політичних сил або силових структур, що пригнічують людей, використовуючи тероризм, тортури тощо.

І, нарешті, останній, **дванадцятий** принцип вимагає від соціальних працівників приймати етично обґрунтовані рішення і дотримуватись їх, віддаючи належну повагу положенням Міжнародної Декларації етичних принципів МФСП, а також положенням Міжнародних етичних стандартів соціальних працівників, прийнятих їхньою національною професійною асоціацією.

В Міжнародній Декларації етичних принципів соціальної роботи також окреслені проблемні галузі, які, звичайно, залежать від різниці в культурі та в устрої правління тієї чи тієї країни. Проте йдеться й про проблемні ситуації.

Перша з них визначається ситуацією, коли випробування лояльності соціального працівника виявляється на межі конфліктуючих інтересів:

- самого соціального працівника і клієнта;

- окремих клієнтів та інших людей;
- між конфліктуючими інтересами груп клієнтів;
- груп клієнтів і рештою суспільства;
- систем/закладів і груп населення;
- систем/закладів/роботодавців і соціальних працівників;
- різних груп професійних працівників.

Той факт, що соціальні працівники працюють і як помічники, і як контролери, теж може спричинити плутанину мотивів або відсутність зрозумілості в діях і наслідках. Щоб уникнути цієї проблеми, соціальні працівники зобов'язані пояснити етичне значення своєї ролі у державному контролі громадян і дати собі відповідь, якою мірою така роль прийнятна, зважаючи на основні етичні принципи соціальної роботи.

Третьою проблемною областю є конфлікт, що легко може виникнути між обов'язком соціального працівника щодо захисту інтересів клієнта та вимогами до ефективності і корисності. Особливо ця проблема загострюється у зв'язку з впровадженням і використанням інформаційної технології в галузях соціальної роботи.

Розглянуті вище принципи мають безпосередній зв'язок із методами вирішення етичних питань та проблем. Одним із таких методів, що рекомендується Міжнародною Декларацією етичних принципів соціальної роботи, є колективні дискусії в організації. Це дає змогу соціальним працівникам обговорювати, аналізувати та розглядати етичні питання-проблеми спільно з колегами, іншими експертними групами і сторонами, яких стосується питання, що обговорюється. У ході дискусій створюються сприятливі умови для вироблення альтернатив та оцінки можливих етичних наслідків вибору певного варіанта. Це також дає можливість соціальному працівнику отримувати консультації від товаришів по службі та інших людей.

При вирішенні конкретних етичних проблем окремим соціальним працівником мають перш за все враховуватись основні **принципи** Декларації. Важливим моментом є також етичний, моральний і політичний **контекст** дій.

Важливим аспектом етики соціального працівника є аналіз **мотивів** та **характеру** дій, а також наслідків, які може мати дія на різні групи. При цьому важливо бачити моральний зміст дії, наприклад, використання примусу на протилежність добровільному співробітництву, опіки на протилежність співучасті тощо.

На підставі "Міжнародної Декларації етичних принципів соціальної роботи" соціальний працівник зобов'язаний визнавати та дотримуватися норм етичної поведінки.

В документі викладено загальні норми етичної поведінки щодо клієнтів, установ і організацій, щодо колег, стандарти професії соціального працівника. Оскільки від дотримання цих стандартів вирішальною мірою залежить ефективність та результативність діяльності соціального працівника, розглянемо їх докладніше.

Загальні норми етичної поведінки соціального працівника

Для соціального працівника важливо розуміти кожного окремого клієнта або клієнтів, а також ситуацію та чинники, які впливають на їхню поведінку.

Згідно з етичними стандартами необхідно підтримувати і розвивати цінності, знання і професійні методи соціальної роботи, утримуючись від будь-якої поведінки, яка заважає професійній роботі, а також визнавати професійні та особистісні обмеження.

Стандартами передбачена участь соціальних працівників у розробленні соціальної політики і програм, які поліпшують якість життя в суспільстві, звичайно, в межах своєї професійної компетенції.

Одним із етичних стандартів є діяльність щодо визначення і пояснення соціальних потреб, основи і характеру індивідуальних, групових соціальних проблем.

Норми соціальної роботи стосовно клієнтів

Щонайперше, соціальний працівник повинен брати на себе відповідальність за виявлених клієнтів, тобто ця відповідальність стосується пошуку правильних, етичних шляхів розв'язання проблем клієнтів та можливих наслідків прийнятих рішень.

Стосунки з клієнтом мають будуватися на довірі, на підтримці права на приватне життя і конфіденційності, а також на відповідальному використанні інформації.

Щодо збору і використання інформації про клієнта, то, перше за все, необхідно отримати його згоду. Винятком, як це визначено стандартами, можуть бути ті випадки, коли клієнт не може нести відповідальність за свої вчинки або якщо це може серйозно зашкодити іншим особам. Слід також забезпечити доступ клієнтів до документації соціальних працівників, яка їх стосується.

Слід приділяти увагу тому, щоб "поважати наміри клієнтів нести відповідальність за особисті дії і допомагати з рівною готовністю всім клієнтам. Якщо неможливо надати професійну послугу на таких умовах, то клієнтів потрібно сповістити про це таким способом, щоб залишити за ними свободу дії".

Окрім того, соціальне обслуговування має бути спрямоване на допомогу клієнтам — групі, громаді — досягти самореалізації у максимальному використанні свого потенціалу за умови поваги прав інших. "Слід допомогти клієнту зрозуміти і використати надані послуги для підтримки реалізації його законних бажань і інтересів".

Норми стосунків соціального працівника з установами і організаціями

У цій частині документа звернуто увагу на те, що працювати і/або співпрацювати соціальному працівникові слід лише "з тими установами та організаціями, чия політика, процедури і діяльність скеровані на адекватне

надання послуг і стимулювання професійної практики відповідно до етичних принципів МФСП".

Соціальний працівник повинен "відповідально виконувати встановлені обов'язки і завдання установ або організацій, робити внесок у розробку реальної політики, методології і практики з метою створення кращих норм і досягнення кращих результатів". Необхідно також "виступати з ініціативою щодо бажаних змін політики, методології й практики через відповідні канали установ і організацій. Якщо необхідні цілі не досягнуто після того, як усі засоби було вичерпано, ініціювати звернення до вищих органів влади або громадськості, заінтересованих у розв'язанні проблеми".

Норми соціальної роботи щодо колег

Нормами передбачено, що соціальний працівник повинен "визнавати освіченість, професійну підготовку і ефективність роботи колег і фахівців інших галузей, розширяти співробітництво з ними, яке має сприяти підвищенню ефективності послуг".

Для того, щоб це співробітництво було плідним, слід "визнавати різні точки зору і практичний досвід колег з соціальної роботи та інших фахівців, висловлюючи критичні зауваження в коректній формі".

Соціальний працівник повинен "використовувати і створювати можливості для обміну знаннями, досвідом та думками з колегами, фахівцями інших галузей, а також волонтерів з метою взаємного вдосконалення".

Етичним нормам відповідають і такі дії соціального працівника, коли він звертає увагу відповідних організацій на будь-які порушення професійної етики і норм у межах і поза межами професійних обов'язків і забезпечує належне залучення до цієї діяльності відповідних клієнтів.

Норми професії соціального працівника

Цими нормами передбачено "зберігати цінності, етичні принципи, знання і професійні методи соціальної роботи, сприяти їх уточненню й удосконаленню", підтримувати професійні стандарти практики і намагатися розповсюджувати їх.

Етичним обов'язком соціального працівника є "захист професії від несправедливої критики". Однак у той же час важливо надавати конструктивну критику професії соціального працівника, її теоріям, методам і практиці.

І, насамкінець, необхідно стимулювати розробку нових підходів і методик, необхідних для розв'язання як нових, так і вже існуючих потреб.

Звичайно, викладені норми мають найзагальніший характер і не враховують національних особливостей. Натомість вони є тим важливим етичним підґрунтям, що орієнтує як зарубіжних, так і вітчизняних спеціалістів.

Враховуючи те, що професійні етичні норми мають бути внутрішньо прийнятими, засвоєними соціальним працівником, найкраще їх формулюва-

ти від першої особи. Це звучить ніби клятва на вірність професії та її етичним ідеалам.

- *"Я вважаю своїм головним обов'язком служіння інтересам клієнтів, яких я обслуговую, і це передбачає дії щодо поліпшення соціальних умов життя і побуту.*
- *Я виступаю проти дискримінації за ознаками статі, раси, кольору шкіри, релігії, віку або національного походження. У своїй діяльності буду домагатися запобігання та ліквідації такої дискримінації в наданні послуг, трудових угодах, у побутовій практиці.*
- *Я віддаю перевагу своїй професійній відповідальності, а не особистим інтересам.*
- *Я беру на себе відповідальність за якість і кількість послуг, наданих мною клієнтам.*
- *Я шаную право на конфіденційність інформації, що стосується клієнта, буду відповідально її використовувати.*
- *Я ставлюся з повагою до поглядів і дій моїх колег і буду в коректній формі публічно висловлювати свою думку стосовно них.*
- *Я практикуюся в соціальній роботі в межах загально визнаних норм і компетенції моєї професії.*
- *Я визнаю відповідальність за свій внесок у фонд знань і досвіду в сфері соціальної роботи.*
- *Я беру на себе зобов'язання захищати інтереси особистості та суспільства від неетичних учинків та дій окремих індивідів або організацій.*
- *Я готовий/готова надавати належні професійні послуги в надзвичайній ситуації.*
- *Я підтримую принцип необхідності професійної освіти для професійної роботи.*
- *Я беру на себе відповідальність за створення і підтримку умов у соціальній службі, що дозволяють соціальним працівникам поводитися відповідно до цього кодексу.*
- *Я здійснюю за допомогою своїх знань і умінь підтримку програм поліпшення соціального добробуту" [6].*

Звичайно, норми професійної етики встановлюють певні межі діяльності соціального працівника, вони підказують йому, що дозволено і чого не можна робити при виконанні своїх службових обов'язків. У той же час запорукою дотримання цих норм є наявність у соціального працівника таких моральних якостей, як гуманістичні установки, альтруїзм, особиста відповідальність, достатній рівень інтелекту, емоційна врівноваженість, ввічливість, тактовність, простота, порядність, доброта й відчуття справедливості, почуття власної гідності, нарешті, високий рівень особистої культури.

Доречно навести приклад життя й діяльності відомого американського психолога Джеральда Джампольські, котрий сенсом свого життя зробив допомогу знедоленим, стомленим від життя ветеранам в'єтнамської війни, хворим на СНІД, багатьом іншим людям, які постраждали з різних причин. В одній із своїх книг "Курс чудес", що її видано у багатьох країнах світу, зокрема й у нас, він пише: "Нам властиві тільки два емоційних стани — любов, що притаманна нам по природі, і страх, що є плодом нашої розумової діяльності. "Курс чудес" пропонує вважати всіх, хто оточує нас, безвинними, закликає не тільки відмовитися від осуду і вимогливості до навколишніх, а, навпаки, прощати всіх. Застосовуючи ці положення на практиці, як в особистому житті, так і поза його межами, я почав відчувати впродовж тривалого періоду такий глибокий спокій, якого ніколи не відчував раніше, про який навіть і не мріяв" [7].

Професійне спілкування соціального працівника

Одним із головних інструментів професійної діяльності соціального працівника є спілкування. Саме у процесі спілкування здійснюється контакт з клієнтом, з'ясовуються проблеми та відбувається накопичення інформації, необхідної для розв'язання проблеми. Одночасно у ході спілкування здійснюється цілеспрямований вплив на клієнта. Окрім того, від володіння методами спілкування часто залежить результат ділових переговорів з представниками структур влади, ділових кіл, різних закладів та організацій. Отже, без перебільшення можна сказати, що спілкування є чи не найважливішою, а почасти й найскладнішою сферою діяльності в соціальній роботі.

Що ж означає вміння спілкуватися? І що таке спілкування? В психології спілкування визначають як складний, багатоплановий процес встановлення й розвитку контактів між людьми, що спричинено потребами в спільній діяльності й включає обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії та розуміння іншої людини [8].

Іноді спілкування ототожнюють з комунікацією, що, звичайно, є помилковим. **Комунікація**, тобто процес передачі інформації від одної особи до іншої, є лише однією із сторін спілкування поряд з іншими: **перцепцією (сприйняттям)** та **інтеракцією (взаємодією)**.

У спілкуванні співбесідники певним чином сприймають один одного, тобто кожен із них формує цілісний образ іншого, оцінюючи його зовнішній вигляд та поведінку. Отже, сприйняття й розуміння співрозмовників відбувається під впливом багатьох чинників, тому соціальному працівникові слід знати і враховувати їх у своїй практичній діяльності.

Сприйняття визначається перш за все тим, чи знайомі співбесідники, чи зустрічалися раніше. Якщо **спілкування відбувається вперше**, то сприйняття здійснюється на рівні так званого **міжгрупового спілкування**, коли кожна зі сторін сприймає іншу на ґрунті соціальних стереотипів. Справа в тому, що у кожної людини під впливом минулого досвіду формуються стійкі уявлення про типи людей — представників певної соціальної групи. В психології вплив соціальних стереотипів на сприйняття має назву *ефекту ореолу*, який часто призводить до помилок у формуванні першого враження.

Вирізняють принаймні три види помилок, що спричиняються відповідно чинниками *переваги, привабливості та "ставлення до нас"*.

Перший різновид помилки, спричиненої **фактором переваги**, полягає в тому, що при першій зустрічі з людиною, котра має (у порівнянні з нами) перевагу за суттєвим для нас параметром, ми схильні до перебільшення й в інших оцінках цієї людини. І навпаки, якщо нам здається, що ми переважаємо співбесідника, знову ж таки за однією будь-якою значущою для нас характеристикою, то це призводить до того, що ми недооцінюємо його і в інших аспектах.

У сфері соціальної роботи дія фактора переваги може спричинити принаймні два наслідки. З одного боку, клієнт може перебільшувати значення соціального працівника і недооцінювати власні сили у вирішенні своєї проблеми. З іншого, — соціальний працівник, недооцінюючи клієнта, може зверхньо ставитися до нього. В будь-якому разі соціальний працівник має скоригувати стосунки з клієнтом, врахувавши небажаний ефект. Етично неприпустимим є зверхнє, поблажливе ставлення до клієнта, а тим більше — демонстрація позиції "хазяїна" ситуації.

Дія **фактора привабливості** полягає в тому, що зовнішній вигляд співбесідника досить суттєво впливає на сприйняття та оцінку з боку його візаві. До людини, котра подобається нам, ми ставимося прихильніше і дещо переоцінюємо інші її якості. Якщо ж співбесідник має непривабливий для нас вигляд, то й інші його характеристики сприймаємо негативно. Це явище влучно відображено в прислів'ї: "Зустрічають за одежею, а проводжають за розумом".

Третій вид помилок спричиняє чинник **"ставлення до нас"**, і виявляється він за схемою: "Тих людей, котрі до нас ставляться добре, ми сприймаємо й оцінюємо за всіма іншими характеристиками набагато ліпше, ніж тих, хто за нашими уявленнями ставиться до нас погано". Виходить, що в першому випадку ми схильні "приписати" людині позитивні якості, навіть якщо вони їй і не властиві, а в другому — ніби не помічати чеснот, а, навпаки, підкреслювати й перебільшувати вади партнера.

Тривале спілкування, зазнаючи впливу механізмів міжгрупового спілкування, переважно здійснюється на ґрунті закономірностей міжособистісного спілкування. У цьому разі для співрозмовників важливішим є розуміння суті стосунків, зв'язків, що склалися між ними у загальному контексті подій та

стосунків з іншими людьми. Сприйняття та розуміння один одного відбувається на підставі таких психологічних механізмів, як ідентифікація, емпатія та рефлексія.

Якщо у звичайному спілкуванні ці механізми діють спонтанно, то для соціального працівника вони мають професійне значення і тому вимагають досконалого вивчення й оволодіння.

Ідентифікація (від лат. *identicus* — тотожний і *facio*, від *facio* — роблю) — це поняття, або, точніше, психологічний термін, що має декілька значень. Однак у цьому разі його вживають у значенні такого способу сприйняття, коли у процесі спілкування людина намагається уподібнитись іншій, ніби ставлячи себе на її місце і прагнучи зрозуміти, як би вона вчинила в подібній ситуації. Цей процес проявляється у вигляді уявного занурення в контекст життя іншої людини, опанування її смислового поля, особистісних орієнтацій.

Для соціального працівника механізм ідентифікації дає змогу змодельювати проблемну ситуацію свого клієнта, краще зрозуміти мотивацію та різні лінії його поведінки, а відтак точніше визначити можливі чи бажані альтернативи розв'язання проблеми.

Вважаючи емпатію однією з найважливіших якостей в роботі психолога з клієнтом, американський вчений К. Роджерс визначав її як "уміння увійти всередину особистого світу значень іншої людини, побачити, чи правильним є моє розуміння" [9].

Слід зазначити, що емпатійне сприйняття накладає значне психічне навантаження на людину, тому для соціального працівника важливо навчитися професійно володіти цим інструментом, розрізняючи різні рівні емпатійності та знаходячи відповідну міру й адекватно сприймаючи проблеми клієнтів.

Розрізняють принаймні чотири рівня емпатійності.

Надзвичайно високий рівень відповідає хворобливо розвинутому співпереживанню. Надмірна сенситивність (емоційна чутливість і вразливість) виявляється у постійному неспокої за інших людей. Підвищена вразливість часто спричиняє страждання й комплекс провини навіть тоді, коли на те немає підстав. У професійному спілкуванні це може викликати у соціального працівника стрес, депресію, а відтак і неспроможність приймати виважені рішення, діяти наполегливо й рішуче, зберігати внутрішні ресурси для подальшої діяльності.

Соціальний працівник не повинен припускатися помилок сприйняття при першій зустрічі з клієнтом. Найкращим порадиником тут мають бути знання психологічних, соціальних закономірностей спілкування та суворе дотримання етичних норм.

Емпатія (англ. *empathy* — співчуття, співпереживання) — це сприйняття, яке відбувається на рівні емоцій, коли проблема партнера знаходить відгук у нашій душі. Йдеться не лише про розуміння клієнта, а перш за все про сприйняття й відчуття того, що відбувається з ним. Моральна емпатія полягає в тому, що переживання іншої людини сприймаємо майже як власні, співпереживаємо.

Високий рівень емпатійності характеризується чутливістю до проблем оточуючих людей, великодушністю, здатністю прощати інших. У людини з розвинутою емпатією проявляється ширий інтерес до життя інших людей, бажання бути причетними до поліпшення їхньої долі.

Для соціального працівника цей рівень є найбільш бажаним. Він сприяє встановленню контактів, швидкому знаходженню спільної мови, адекватному сприйняттю проблеми клієнта. Толерантне ставлення до критики на власну адресу також сприяє досягненню консенсусу та врегулюванню конфліктів шляхом знаходження компромісу.

Переважній більшості людей притаманним є **середній рівень емпатійності**, який характеризується врівноваженістю, розсудливістю, достатнім рівнем самоконтролю над власними емоціями. Це теж прийнятний ступінь розвитку цієї якості для соціального працівника, адже стосунки та поведінка інших оцінюються більшою мірою за допомогою логіки, а не почуттів та емоцій. Однак у зв'язку з тим, що повноцінному сприйняттю і спілкуванню іноді заважає брак розкутості почуттів, а також невміння передбачити розвиток стосунків між людьми, необхідно дбати про розвиток емпатійності.

Для людини з низьким рівнем емпатійності характерними є емоційний холод, нерозуміння емоційних проявів у вчинках інших, керування лише однією логікою, "суха" розсудливість, відчуженість. І, як наслідок, брак друзів, самотність, життя у власному "панцирі".

Дуже **низький рівень емпатійності** має ті ж самі властивості, що і низький, але з більшою мірою ускладнень. Це і відторгнення у стосунках з колегами, складності у спілкуванні, непорозуміння, конфлікти. Причиною є саме надмірна акцентуація на власній особі, егоїзм, а звідси — нездатність зрозуміти емоції і почуття інших людей.

Ясно, що останні два рівні — не сумісні з професією соціального працівника, оскільки суперечать її гуманістичній сутності, що вимагає від спеціаліста певного розвитку чутливості до життя навколишніх, і не тільки "ближніх", а й "дальніх".

Нарешті, третім важливим психологічним механізмом, що опосередковує процес сприйняття в міжособистісному спілкуванні, є **рефлексія** (від лат. reflexio — звернення назад, віддзеркалення). З одного боку, це процес самопізнання, споглядання й розуміння власного внутрішнього світу. З іншого — це сприйняття та розуміння психічного стану та можливого ходу думок іншої людини в спілкуванні, усвідомлення того, як партнер сприймає й оцінює тебе, твої особистісні якості, емоційні реакції та думки.

Це можна показати так. Існують суб'єкти А і Б, що спілкуються. У кожного з них є певне уявлення про самих себе: у А — А', у Б — Б¹, тобто це уявлення може співпадати, а може й не співпадати з реальністю. Знову ж таки, у кожного з них існують певні уявлення про іншого: у А — Б², у Б — А², і наскільки

ці уявлення відповідають дійсності, теж є питанням. Отже, існують два ланцюги: 1) $A - A^1 - A^2$; 2) $B - B^1 - B^2$. Якщо суб'єкт А неправильно сприймає себе самого (A^1), свого співрозмовника (B^2), а, головне, те, як його сприймає цей співрозмовник (A^2), то взаєморозуміння не відбудеться [10]. Ситуація значно ускладнюється, коли те ж саме можна сказати і про суб'єкта Б.

Цей процес можна пояснити такою формулою: "Я знаю, що ти знаєш, що я знаю ...". Кількість віддзеркалювань називається глибиною рефлексії і виявляє здатність (у цьому разі соціального працівника) до передбачення ходу думок і поведінки клієнта, а також корекції власної поведінки згідно з метою спілкування. З іншого боку, клієнт тим же способом оцінює соціального працівника.

Таким чином, завдяки рефлексії відбувається з'ясування намірів, уточнення розуміння одним одного, взаємне пристосування позицій співрозмовників. І навпаки, якщо рефлексія недостатня або неадекватна, то це може призвести до непорозуміння, спричинити конфлікти тощо.

Модель, етапи та засоби спілкування

Найпростіша модель процесу комунікації має принаймні три елементи: 1) відправник, тобто той, хто є джерелом інформації; 2) повідомлення, тобто та інформація, що її передають; 3) одержувач, тобто той, кому цю інформацію направлено.

У нашому випадку у ролі відправника може бути клієнт, а в ролі одержувача — соціальний працівник. Однак вони можуть мінятися ролями. Якщо між учасниками спілкування виникає активний діалог, то і відправниками, і одержувачами інформації по черзі можуть бути як соціальний працівник, так і клієнт.

Процес комунікації починається з того, що відправник формулює ідею повідомлення, або, простіше кажучи, думає про те, з якою метою та яку інформацію необхідно довести до відома одержувача. В процесі спілкування відправник також складає зміст повідомлення та обирає засоби передачі інформації з урахуванням можливостей і особливостей одержувача стосовно сприйняття запропонованого змісту повідомлення. У свою чергу, одержувач сприймає представлену відправником інформацію, обробляє її, інтерпретує, тобто тлумачить повідомлення, співвідносячи його контекст із власною системою понять, і, нарешті, демонструє своє розуміння чи нерозуміння повідомлення відправникові.

Зазвичай, відправник добре уявляє, як одержувач має інтерпретувати його повідомлення. Однак результат інтерпретації, тобто розуміння й тлумачення повідомлення одержувачем, не завжди відповідає очікуванням відправника у зв'язку з дією цілої низки чинників.

Проблема комунікації полягає в тому, що на всіх стадіях комунікативного процесу виникають певні викривлення інформації з причин впливу різних перешкод, бар'єрів спілкування (так званого шуму). Вже на етапі створення повідомлення існує небезпека неточного формулювання змісту і тексту, нелогічності, неточності, двозначності висловлювання. Навіть якщо відправник намагається висловлюватись якнайточніше, все-таки виникає розбіжність між думками і словами: одну і ту саму ідею можна виразити різними словоформами. Існує багато слів, які мають кілька і навіть десятки значень, і їх можна зрозуміти по-різному в залежності від контексту розмови, очікувань і установок сприйняття.

Подання ідеї, яку намагається донести до одержувача відправник, у формі мови, зрозумілої одержувачеві, називається кодуванням. У цьому разі як кодові знаки можуть використовувати: слова усного й письмового мовлення (лексика, а також темп, стиль мови), візуальні образи (людей, предметів інтер'єру), пахощі (квітів, парфумів тощо), звуки (мелодії, інтонація й тембр голосу, модуляція), кольори, світло (яскраве, тьмяне), рухи та міміку тощо.

Уже з цього далеко не повного переліку засобів спілкування видно, що їх можна розділити на дві великі групи: **вербальні**, тобто словесні (лат. *verbalis* від *verbum* — слово), та **невербальні**, тобто такі, що передають інформацію за допомогою рухів, інтонації, міміки тощо.

Важливо також знати, що порозуміння між сторонами спілкування відбувається на двох рівнях: стосунків і змісту.

Перший (найважливіший) — полягає у встановленні певних **стосунків** між співбесідниками: симпатій чи антипатій, довіри чи недовіри тощо. Саме на тлі першого рівня відбувається **змістове спілкування (другий рівень)**, тобто саме передача змісту повідомлення. Якщо перший рівень комунікації виявляється у тому, *як* ми спілкуємося, охоплює більшою мірою емоційну сферу співрозмовників і передається здебільшого за допомогою невербальних засобів, то другий рівень полягає саме у тому, *що* ми говоримо, зачіпає сферу логічного мислення і відбувається за допомогою слів.

Враховуючи пріоритетність та обсяг інформації, що передаються саме цим каналом спілкування, розглянемо спочатку *невербальні засоби*. Серед них розрізняють такі.

- **Кінесика** (від гр. *kines* — спричиняю рух): пози тіла, жести, міміка, рухи, вираз очей, зоровий контакт, зовнішній вигляд.

- **Просодика** (від гр. *prosodikos* — той, що стосується наголосу): висота, гучність та тембр голосу, інтенсивність, темп та інтонації мовлення, сила наголосу.

- **Екстралінгвістика** (від лат. *extra* — приставка у складних словах, що означає "понад", "поза", "додатково", та *lingua* — мова): паузи, психофізичні прояви (зітхання, кашель, сміх, плач тощо).

- **Такесика** (від гр. *take*): доторкування, рукостискання, поплескування, погладження, обійми, поцілунки тощо.

- **Проксеміка** (від лат. *proximus* — найближчий, близькість) спілкування: використання простору, дистанція спілкування, орієнтація та кут розташування людей, що спілкуються, і використання часу, вплив інтер'єру та інших умов на спілкування.

Для того, щоб адекватно оцінити особистісні ресурси клієнта при розв'язанні проблеми, а також здійснити на нього належний вплив (якщо це виправдано ситуацією та не суперечить професійній етиці) задля досягнення бажаних змін, соціальний працівник має добре володіти невербальними засобами спілкування. У цьому плані можемо порекомендувати книгу Алана Піза "Мова рухів тіла", в якій ідеться про важливість опанування мови поз, жестів, міміки, адже саме на невербальному рівні передається від 60 до 80% інформації.

Розглянемо технологію підготовки та ведення професійного спілкування.

Вербальні, або словесні, засоби спілкування — передусім — це засоби мови, тобто те, що знаходить вираз у словах. Якщо взяти до уваги, що бесіда є найпоширенішою формою взаємодії з клієнтом, то стає зрозумілим, що вміння говорити є одним із найважливіших засобів у діяльності соціального працівника.

Особливістю мовлення в цьому випадку є те, що воно відбувається у формі діалогу. А це означає, що для успішного спілкування необхідно не тільки вміти точно й зрозуміло формулювати думки, підбираючи необхідні слова, але й підтримувати постійний зворотний зв'язок, орієнтуючись на реакцію співбесідника, виявляючи чутливість до невербальних сигналів, володіючи мистецтвом запитувати й відрізняти щирі відповіді від ухильних.

Успішність професійного спілкування соціального працівника значною мірою залежить і від уміння слухати.

Однак професійні норми вимагають брати до уваги не тільки логіку й зміст інформації, але і той індивідуальний зміст, що вкладено в повідомлення. Адже клієнт, звертаючись до соціального працівника, не просто надає тому інформацію, — він повідомляє про те, що його непокоїть, розраховує на розв'язання своєї проблеми, очікує співучасті й допомоги.

У спілкуванні можна виділити принаймні чотири аспекти повідомлення:

- *суть справи;*
- *саморозкриття;*
- *ставлення;*
- *заклик.*

Наприклад, клієнтка звернулась до соціального працівника: "Останнім часом мене непокоїть мій син... Я помічаю, що він став якийсь не такий... Боюсь, що він почав вживати наркотики..."

У цьому разі **суть справи** зрозуміла — можливо син клієнтки вживає наркотики. Тим часом, звертаючись до соціального працівника, вона виявила своє **ставлення** до нього: "Я вам довіряю". Можна також припустити, що на рівні **саморозкриття** клієнтка висловила тривогу: "Мені страшно за сина", "Я не знаю, що робити", "Я почуваю себе нещасною", "Я відчуваю безпомічність і безпорадність". І, нарешті, наведену для аналізу фразу можна інтерпретувати на рівні **заклику**: "Порадьте, що мені робити", "Допоможіть врятувати сина!".

Цей бік спілкування також з'ясовується у невербальних засобах спілкування, які розглядалися вище.

Найбільше значення в процесі комунікації соціального працівника з клієнтом мають уміння слухати й уміння говорити. Уміння слухати не випадково стоїть на першому місці. Адже тільки після того, як ми вислухали клієнта, а найголовніше почули те, що він хотів нам сказати, ми можемо приймати певні рішення, що і як сказати йому у відповідь, які питання перед ним поставити.

Розрізняють два способи слухання: пасивне і активне. Обидва застосовують у спілкуванні соціального працівника з клієнтом, проте вони мають неоднакову вагу в різних фазах та ситуаціях розмови.

Пасивне слухання полягає не тільки в тому, щоб мовчки слухати, не втручаючись у мовлення й не перебиваючи клієнта чи іншого співбесідника. Важливо бути фізично уважним, тобто необхідно не тільки слухати, а й чути, сприймаючи співбесідника розумом і почуттями. При пасивному слуханні важливо всім виглядом виявляти увагу до співрозмовника: підтримувати весь час зоровий контакт з ним, бути зосередженим на суті того, що він говорить, як себе поводить. Слід намагатися не тільки зрозуміти суть того, що говорить людина, але й те, що вона відчуває, яким є підтекст та контекст сказаного. Багато інформації можна отримати, стежачи за мімікою, жестами, позами, інтонацією мовлення тощо.

Ні в якому разі неприпустима така поведінка, коли соціальний працівник слухає клієнта неухважно, під час розмови думає про щось інше, відволікається на якісь побічні справи тощо. Це є порушенням професійної етики і може завдати психологічної травми клієнтові або мати інші небажані наслідки.

Пасивне слухання є доречним у ситуації, коли клієнт хоче висловити те, що його турбує, або коли він знаходиться у стані афекту. Враховуючи, що нервові збудження заважає людині тверезо оцінювати ситуацію, слід дати їй "виговоритися", зачекати, коли вона заспокоїться. Вже той факт, що клієнта уважно слухають, з повагою і співчутливо ставляться до нього, є важливим чинником заспокоєння й довіри.

Активне (рефлексивне) слухання вимагає діалогу, тобто поряд з вислуховуванням клієнта соціальний працівник має підтримувати й розвивати розмову, висловлюючи власне ставлення до почутого, ставлячи різноманітні питання, щоб краще з'ясувати суть справи та залучити клієнта до спільного пошуку шляхів розв'язання проблеми. В активному слуханні доречно стимулювати співбесідника, виявляючи зацікавленість різноманітними вигуками, короткими репліками і запитаннями, як-от: "Так, розумію...", "І що далі?...", "Продовжуйте, будь ласка..." тощо. Розвиток діалогу, отримання необхідної й якомога повнішої інформації значною мірою залежать від того, наскільки соціальний працівник вміє ставити запитання. Адже саме за допомогою цього бесіду спрямовують у потрібне русло, досягаючи мети в оптимальний термін.

У комунікативній практиці розрізняють кілька різновидів запитань. По-перше, існують так звані закриті і відкриті запитання.

Закриті питання — це такі, що передбачають однозначну відповідь "Так" або "Ні", а також вибір одного з варіантів запропонованих відповідей. Наприклад: "Чи зверталися Ви раніше за допомогою до соціальних служб?". Запитання такого типу звужують свободу висловлювань клієнта, він опиняється в ситуації примусового вибору альтернативи й стає пасивною стороною розмови. Саме тому такі запитання можна застосовувати лише з певною метою, наприклад, щоб допомогти клієнтові прискорити прийняття рішення чи з'ясувати конкретні обставини й деталі проблеми, якщо йому важко це зробити самостійно. Однак слід застерегти від зловживання закритими запитаннями, адже ініціатива розмови у цьому разі повністю переходить до соціального працівника, крім того, існує небезпека нав'язати власну думку чи рішення клієнтові й тим самим обмежити його суверенітет.

Відкриті запитання вимагають розгорнутої відповіді, на них не можна відповісти "Так" чи "Ні". Запитання такого типу інформативніші, не обмежують можливості вибору мовленнєвих засобів. Ще з античних часів відомі класичні питання риторики, які сприяють з'ясуванню проблеми й розвитку діалогу. Всі ці питання відкритого типу і починаються зі слів: "Що?", "Хто?", "Де?", "Як, у який спосіб?", "Ким?", "Коли?". Іншим варіантом є "батарея" шести **інформаційних** запитань, за допомогою яких послідовно з'ясовуються: **факти, почуття, бажання, перешкоди, засоби, час дії**.

Відкриті питання допоможуть розпочати бесіду: "Що привело вас до мене?", "З чого б ви хотіли розпочати?", "Які проблеми вас турбують?". Вони мають значний потенціал з'ясування і в перебігу розмови: "Як ви думаєте, які обставини спричинили проблему?", "Чому саме так сталося?", "Як ви ставитеся до ситуації, що сталася?", "Що ви відчуваєте у зв'язку з цими подіями?". В кінці спілкування за допомогою цих питань доречно залучити клієнта до пошуку альтернатив у розв'язанні його проблеми: "Який, на вашу думку, існує вихід із цієї ситуації?", "Як ви думаєте, що слід зробити, щоб вирішити ваше питання?".

Активне слухання полягає в уточненні правильності розуміння співбесідника за допомогою **уточнюючих та з'ясовуючих питань**, наприклад: "Поясніть, будь ласка...", "Чи правильно я вас зрозумів, що...", "Не могли б ви уточнити..." тощо. Іноді корисно перефразувати слова співбесідника і поставити уточнююче питання: "Якщо я правильно вас зрозумів, то ... (далі формуємо думку чи почуття клієнта)", "Іншими словами, ви ...", "Можливо, я помиляюсь, але мені здалося, що ...". В кінці розмови або її суттєвої частини прийом перефразування може відігравати роль підсумку, резюмування: "Таким чином, усе що ви сказали, можна сформулювати ось як ...", "Отже, те, що вас турбує, полягає в тому, що...".

Доцільними є також так звані **віддзеркалені запитання**, коли висловлювання партнера "повторюють у формі запитання для того, щоб спонукати його до

детальнішого викладу суті справи або до пошуку іншого погляду на ті ж самі події. Варіантом віддзеркалення є **техніка коротких питань**, коли з попередньої фрази співбесідника вилучають ключове слово і повторюють з питальною інтонацією.

За своєю спрямованістю питання можуть бути **прямими і опосередкованими**. Наприклад, питання: "Чи вважаєте ви, що алкогольні напої навіть у малих дозах шкідливі для людини?" — є прямим, адже воно спрямоване на клієнта особисто і проблема сформульована безпосередньо. А ось приклад опосередкованого питання на ту ж саму тему: "Є різні думки щодо вживання алкогольних напоїв. Одні вважають, що навіть невеликі дози спиртного є шкідливими для людського організму. Інші ж висловлюють думку, що випити чарку-другу не завадить. Кого з них ви підтримуєте?".

Іноді виникає необхідність привернути увагу співбесідника до іншої проблеми або ж повернути розмову до головної проблеми, якщо клієнт з тієї чи тієї причини відволікається на сторонні, не пов'язані з обговорюваною справою деталі. У такому разі використовують так звані **переломні питання**, наприклад, "Ваша думка з цієї проблеми мені зрозуміла, а тепер давайте обговоримо дещо інші питання...". Різновидом питань цього типу є **парадоксальні питання**, за допомогою яких вдається похитнути впевненість клієнта у сформульованих ним "істинах".

У наведеному далі прикладі показано, як прийоми активного слухання допомагають краще порозумітися з клієнтом і позитивно вплинути на його установки. В дужках наведено коментарі щодо типів питань та прийомів активного слухання.

"Клієнтка: *Я дуже обурена тим, що моя дочка стала базарною бабою в буквальному значенні цих слів. Залишила роботу, яку мала по закінченні вузу, і тепер займається комерцією — продає квіти на базарі. Говорить, що так більше заробляє.*

Соціальний працівник: *Ваша дочка могла заробити ті ж гроші, працюючи за фахом?* (Закрите питання.)

К.: *Ні.*

С.П.: *Тобто ви погоджуєтесь, що в сучасних умовах дочка пристосувалася до життя краще, ніж ви їй пропонували.* (Перефразування, досягнення згоди.)

К.: *У цілому так. Але пристосування до умов життя — це ще не все.*

С.П.: *Що ви маєте на увазі?* (Відкрите питання, з'ясування.)

К.: *Якщо дочка ніде не працює, який приклад вона показує своєму сину?*

С.П.: *Ви хочете сказати, що ваша дочка змагає від неробства?* (Парадоксальне питання.)

К.: *Ні, навпаки, їй доводиться дуже багато і тяжко працювати, але це праця, як би точніше висловитися... не для душі, а для примітивного самозабезпечення. Свого сина вона вже з трьох років тягає за собою (він не ходить у*

дитсадок), напівголодного і часто голодного. Бачили б ви, який у нього апетит, коли він приходять до нас. (На очах у жінки з'являються сльози.)

СИ: Спогади про онука вас розчулили. Ви, напевно, дуже переживаєте за нього... (Інтерпретація емоційного стану клієнтки, приєднання через співчуття.) Ви відчуваєте, що ваша дочка приділяє своєму сину і вашому онуку мало уваги. (Резюмування, уточнення глибини переживань.)

К.: Ми з чоловіком жили заради дитини. Інтереси дочки були для нас головними. Ія не думала, що вона стане такою черствою.

СИ: Черствою... (Техніка коротких питань.) У чому виявляється її черствість? (Акцентування емоційно насиченого слова.)

К.: З тих пір, як стала самостійною (шлюб, потім розлучення — всі "рішення" приймала сама), її поведінка стає все більш жорсткою і зухвалою. Навіть дитину в нас залишає нечасто — хоче продемонструвати силу і незалежність.

СП.: У ваших словах відчутна неприхована образа на дочку. Вона не виправдала ваших сподівань. Ви відчуваєте з цього приводу дискомфорт. (Переведення розмови в нову площину — площину почуттів.) Упродовж розмови ви весь час доводили, що у житті дочки надто багато проблем. Проте прямуючи до самостійності, ваша дочка чи гірше, чи краще, але сама вправляється з виниклими труднощами. Вона любить свого сина (інакше вона не проводила б з ним стільки часу), виховує його відповідно до своїх уявлень про те, як це треба робити. Захищає своє право жити, не особливо втручаючись у ваше життя. Ви ж почуваете з цього приводу дискомфорт. (Інтерпретація як коментар.) Так скажіть, будь ласка, у кого з вас проблеми?" [11].

Слід мати на увазі, що коли клієнту важко відповісти, не треба наполягати й підштовхувати до негайної відповіді — це може викликати недовіру і навіть спричинити небажаний конфлікт. З іншого боку, зловживання питаннями може призвести до відчуження у стосунках з клієнтом. Останньому може здатися, що, ставлячи численні питання і не пояснюючи своїх цілей, у нього намагаються щось вивідати, — це викликає недовіру, ускладнює взаєморозуміння, спричиняє небажані бар'єри у спілкуванні.

Тому краще застосовувати приховані питання, тобто спонукальні чи стверджувальні речення, що по формі не є питаннями, але за змістом мають функцію питань. Наприклад, "Хотілося б трохи більше почути про ваші стосунки з онуком", "Цікаво було б довідатися ще про деякі риси характеру вашої доньки".

Часто у розмові необхідно спонукати клієнта до пошуку нових ідей і варіантів у розв'язанні його проблеми. У практиці соціальної роботи та психологічного консультування застосовують різні способи такого спонукання.

Перший з них має назву "**раціоналізація**", тобто допомога співбесідникові краще усвідомити свої проблеми, розглянути й уточнити деталі ситуації. Таке усвідомлення, або раціоналізація, вже саме по собі дає поштовх клієн-

тові до прагнення змінити ситуацію, зайнявши активну, а не пасивну позицію.

Натомість іноді ліпші знання проблеми не тільки не допомагають у її розв'язанні, але, навпаки, призводять до загострення переживань, пов'язаних з нею. У такому разі ефективнішим є прийом **рефлексування переживань і почуттів**, суть якого є в тому, щоб не тільки сприймати зміст того, що розповідає клієнт, а передусім звертати увагу на його емоції й переживання з приводу цього повідомлення.

Соціальний працівник має акцентувати емоційно насичені слова і вирази, що їх вживає клієнт, і привернути до них його увагу для кращого усвідомлення цих переживань. Це можна зробити за допомогою спонукання до детальнішого вираження почуттів: "Чи не могли б ви ще розповісти про ваші переживання щодо...", "Мені дуже зрозумілі ваші переживання ...", "Якщо я правильно вас зрозумів, то в той час ви відчували ...".

Важливо також стежити за невербальними реакціями клієнта, особливо, коли спостерігаєш розбіжність між змістом його слів і невідповідною поведінкою. Наприклад, розповідаючи про якісь зовсім невеселі події, людина раптом ніяково посміхається — це свідчить, що у неї виникли певні асоціації, що, можливо, допоможуть уточнити обставини проблеми. Рефлексування полягає також у тому, що соціальний працівник, аби краще зрозуміти переживання клієнта, має уявити себе на його місці.

Третім невід'ємним аспектом спілкування є **взаємодія**, або **інтерація**. Невід'ємність полягає в тому, що його неможливо уявити окремо, без сприйняття та комунікації. Однак, з іншого боку, взаємодія є головним змістом спілкування і виявляється у тих позиціях, які займають партнери.

Є теорія трансакцій швейцарського психолога Еріка Берна, згідно з якою кожна людина має три внутрішні позиції:

- "Я — Батько" — позиція, що проявляється у вимогах, оцінюванні (осуд і схвалення), повчанні, керуванні, заступництві;
- "Я — Дорослий" — її характеризує розсудливість, раціональність, опора на отримання інформації, об'єктивність, спілкування нарівні;
- "Я — Дитина" — проявляється в емоційності, підкоренні, безпорадності.

У спілкуванні кожен із партнерів може займати одну із цих позицій щодо іншого. Саме такі взаємодії партнерів мають назву трансакцій. У залежності від того, на яких позиціях відбувається взаємодія, визначається спосіб пристосування або прилаштування партнерів один до одного. Якщо трансакція відбувається на одному рівні, тобто позиції співпадають, то йдеться про прилаштування поруч, а коли не співпадають — то можна розрізнити два варіанти: прилаштування зверху і прилаштування знизу.

Прилаштування залежить від того, як сприймає співбесідник позицію свого партнера. Якщо розподіл позицій, який визначає ініціатор, інший сприй-

Способи спонукання клієнта до пошуку варіантів розв'язання його проблеми:

- раціоналізація,
- рефлексування переживань і почуттів,
- взаємодія/інтерація.

має як такий, що влаштовує його, то позиції складають ніби одне ціле, доповнюють одна одну і мають назву трансакцій із взаємодоповненням. Цей спосіб прилаштування дає найкраще, неконфліктне і комфортне спілкування.

Інша справа, коли партнер не сприймає позицію ініціатора, тому що вона його не влаштовує. Наприклад, ініціатор з позиції "Батька" звертається до позиції "Дитина" співбесідника. Той відповідає, займаючи таку ж саму позицію, тобто зі своєї позиції "Батько" до позиції "Дитина" ініціатора. Кожен з них прилаштовується до партнера зверху, тобто трансакції перехреснуються, і це означає передконфліктну ситуацію. Поряд з очевидними явними трансакціями існують приховані, коли зі слів партнерів можна зробити висновки про наявність взаємодоповнюючих позицій, а з психологічного підтексту виявляється, що насправді стосунки тих, хто спілкується, є напруженими, конфліктогенними.

Не вдаючися до детального викладу теорії, слід звернути увагу, що в соціальній роботі найкращою є така ситуація, коли у спілкуванні соціальний працівник займає позицію дорослого і спонукає до такої ж позиції клієнта.

Досягти бажаного результату в професійному спілкуванні соціального працівника з клієнтом можна за умов порозуміння, а також дотримання певних технологічних правил. У цьому разі слід розрізняти п'ять етапів спілкування, кожен з яких має свою специфіку, особливості засобів та прийомів. Це такі:

- встановлення контакту;
- орієнтація в ситуації;
- обговорення проблеми;
- прийняття рішення;
- завершення спілкування, вихід з контакту.

Контрольні запитання

1. Назвіть цінності, які, на Вашу думку, займають стрижньове місце у соціальній роботі.
2. В чому полягає відмінність між категоричним та умовним імперативами?
3. Що декларує перший принцип професії соціального працівника? Що проголошено іншими одинадцятьма принципами?
4. Чим є спілкування для соціального працівника?
5. Чи впливає емпатія на процес спілкування?
6. Яка найпростіша модель комунікації?
7. Спілкування відбувається на двох рівнях. Яких? Що, на Вашу думку, важливо також знати про спілкування?

Рекомендована література

1. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. — К.: Сфера, 1998.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих отношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. — М., 1988.

3. Браун Л. Имидж — путь к успеху. — СПб, 1996.
4. Горноста́й П.П., Васьяковская СВ. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. — К., 1995.
5. Динаміка цінностей у соціальній роботі / Під ред. Шардлоу С. — К., 1995.
6. За пределами общинного ухода. Работа по нормализации и интеграции / Под ред. Рамон Ш. — К., 1995.
7. Коваль А.Г., Зверева І.А., Хлебик СР. Соціальна педагогіка / Соціальна робота. — К., 1997.
8. Малахов В. А. Етика. — К., 1996.
9. Мигович І.І. Соціальна робота. — Ужгород, 1997.
10. Міжнародна декларація етичних принципів соціальної роботи // Соціальна політика і соціальна робота. — 1998. — № 4.
11. Обучение социальной работе: преемственность и инновации / Под ред. Рамон Ш. и Сарри Р. — М., 1996.
12. Парслоу Ф. Ценности социальной работы // Что такое социальная работа. — Амстердам; К., 1996.
13. Пиз А. Язык телодвижений. Как читать мысли других по их жестам. — С.-Петербург, 1997.
14. Социальная психология и этика делового общения / Под общ. ред. Лавриненко В.Н. — М., 1995.
15. Теория социальной работы / Под ред. Холостовой Е.И. — М., 1998.
16. Чмут Т.К., Чайка Г.П., Лукашевич М.П., Осечинська І.Б. Етика ділового спілкування. — К.: МАУП, 1999.

Глава 3

ФОРМИ ТА МЕТОДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Навчальні цілі:

- ознайомити з системою методів соціальної роботи, показати їх взаємозв'язок;
- розкрити сутність та особливості методів соціальної роботи з різними категоріями населення;
- сформувати уявлення про використання форм та методів соціальної роботи відповідно до конкретної ситуації.

Соціальна робота — це розмаїття теоретичних концепцій і практичних підходів, правових, законодавчих, психологічних, педагогічних, соціологічних, адміністративних, лінгвістичних та інших аспектів. Соціальна робота — це безмежний простір, що вміщує в собі безліч суперечливих ідей і визначених етичних принципів, технологій і послуг, людських якостей і людських потреб.

У цій главі обговорюється процес соціальної роботи, його складові та особливості. Представлено індивідуальну та групову роботу з клієнтами. Окреслені деякі особливості групового догляду та догляду в громаді, а також специфіка роботи мультидисциплінарної команди, до складу якої входить соціальний працівник. У додатках наведені методичні матеріали, які можуть бути творчо використані практичними соціальними працівниками.

Класифікація форм і методів

Знання, вміння та цінності соціальної роботи визначають її **форми**. Ці форми можна поділити на три групи:

- **індивідуальна робота;**

- **групова робота;**
- **робота у громаді** (за місцем проживання або з групою людей, що мають спільні інтереси чи проблеми).

Разом із тим, до форм соціальної роботи можна віднести всі різновиди діяльності, які використовує соціальний працівник у процесі роботи, самі клієнти з метою самодопомоги, а також їхні друзі, родичі.

Аналіз практичної діяльності органів та установ соціального захисту, досвіду соціальних працівників при роботі з клієнтом дозволяє виділити три головні категорії **методів** соціальної роботи:

- соціально-економічні;
- організаційно-розпорядчі;
- психолого-педагогічні.

Перша категорія **соціально-економічних методів** об'єднує всі ті засоби соціальної роботи, за допомогою яких впливають на матеріальні і моральні, національні, сімейні та інші соціальні інтереси і потреби клієнтів. Ці методи впливу на соціальні та економічні потреби та інтереси застосовують у *формі*:

- натуральної і грошової допомоги;
- встановлення пільг, компенсацій та допомог;
- догляду та побутового обслуговування;
- морального заохочення тощо.

Організаційно-розпорядчі методи орієнтовані головним чином на координацію взаємовідношення соціальної роботи з організаційною структурою соціальних служб. Їх відрізняє безпосередність впливу, оскільки вони спираються перш за все на нормативно-правові, регламентуючі акти. В межах категорії можна говорити про певну різницю між організаційними та розпорядчими методами.

Організаційні методи принципово впливають на розв'язання питань роботи соціальних служб через положення та інструкції.

Розпорядчі ж методи, на відміну від організаційних, дозволяють здійснювати більш оперативне розв'язання проблем, своєчасно уточнювати завдання.

В залежності від місця в структурі управління і характеру впливу на соціальну роботу організаційно-розпорядчими методами є *регламентування, нормування та інструктування*.

Нарешті, **психолого-педагогічні методи** відрізняються від попередніх безпосередньою взаємодією з клієнтом через механізм соціально-психологічної, педагогічної зміни його поведінки, самопочуття тощо. Головним є підтримка, надання інформації, роз'яснення, рекомендації та інші форми роботи.

Взаємозв'язок чинників, впливаючих на свідомість та поведінку особистості, потребує комплексного використання всіх груп методів соціальної роботи, які органічно взаємозв'язані між собою.

Переважно об'єктом уваги цього модуля є професійна діяльність соціальних працівників та різні аспекти їх взаємодії з клієнтами та колегами.

Індивідуальна робота

Процес передбачає динаміку, тому його не завжди можна поділити на фази і не завжди він проходить усі ці фази від початку до кінця [1]. В основі процесу соціальної роботи лежать стосунки з клієнтом. Кожен випадок є неповторним. Разом з тим, процес соціальної роботи має свою логіку. Коли людина відчуває або усвідомлює потребу в допомозі та має потребу в послугах, вона стає клієнтом соціальної роботи і проходить разом з соціальним працівником такий цикл:



Після проходження цього циклу можливі такі варіанти:

- закінчення стосунків;
- вихід на друге коло процесу;
- повернення до будь-якої стадії та перегляд рішень, висновків.

Фази процесу соціальної роботи

1 ФАЗА	Початкове оцінювання	Підготовка. Збір інформації. Аналіз інформації: потреби, проблеми, переваги й обмеження.
II ФАЗА	Планування догляду	Узгодження (контракт) з клієнтом мети, завдань та плану заходів. Вибір теорії, методів, ресурсів, ролей, часу, методів догляду. Прийняття рішень.
III ФАЗА	Виконання	Клієнт використовує свої вміння й навички соціального працівника. Соціальний працівник діє від імені клієнта. Перегляд (моніторинг, точне оцінювання).
IV ФАЗА	Кінцеве оцінювання	Визначення ефективності результатів та порівняння їх із цілями. Обговорення процесу допомоги: оцінка стосунків, вартості, продуктивності. Самооцінка соціального працівника.

Як видно з таблиці, впродовж **першої фази** відбувається збір інформації. **Методами збору інформації є:**

- **інтерв'ю** (опитування) клієнта, його родичів, сусідів, колег (за згодою клієнта), вчителів, інших функціонерів, які мали справу з клієнтом;
- **спостереження** за особливостями поведінки клієнта, стосунками в родині тощо;
- **аналіз документів** (історія хвороби, постанови суду, попередні записи соціальних працівників і т. ін.). Зібрану інформацію соціальний працівник фіксує у "Плані догляду". Схема плану догляду, цілі і принципи ведення професійних записів подані у *додатках 2,3*.

Необхідною умовою успішного проведення інтерв'ю та збору інформації є встановлення **контакту** з клієнтом. Контакт — це стан гармонії, сумісності, який сприяє взаєморозумінню, довірі, ширості у стосунках між клієнтом та соціальним працівником. Це передбачає впевненість клієнта в тому, що професіонал розуміє його та зичить йому добра. Різні клієнти вимагають різного підходу. В своїй роботі неодмінно треба враховувати вікові, статеві, культурні особливості клієнтів.

На початку бесіди важливо створити атмосферу психологічного комфорту. Важливо врахувати, що клієнтові потрібен деякий час, щоб адаптуватися до нових обставин, скажімо, якщо розмова відбувається не у нього вдома, а в кабінеті соціального працівника. Тому не треба квапити співбесідника, після привітання краще витримати невелику паузу, щоб дати йому час зібратися з думками.

У нагоді можуть стати фрази, що свідчать не про вашу байдужість, а, навпаки, зацікавленість у переживаннях людини: "Я розумію, що вас непокоїть. Вам це неприємно і ви хотіли б позбутися (цієї проблеми) ... Давайте разом обговоримо цю проблему ... Так, це дуже неприємно, що ...". Усе це має бути сказано так, щоб клієнт зрозумів, що розмова дуже потрібна соціальному працівникові, а не тільки йому самому. Встановлення контакту з клієнтом відбувається в перші три-чотири хвилини бесіди, потім слід перейти до наступного етапу спілкування.

Для того, щоб зорієнтуватись у ситуації, слід уважно вислухати клієнта, дати йому можливість висловитись, розкритись. А це вимагає від соціального працівника, з одного боку, уважного слухання, а з іншого, — постійного виявлення зацікавленості, відвертості, доброзичливості й підтримки. Тут цілком доречними будуть уже розглянуті засоби рефлексивного слухання, тобто час від часу слід стимулювати розповідь клієнта, підбадьорювати його простими репліками, як-от: "Так-так, я вас уважно слухаю ...", "Зрозуміло ...", "І що ж далі...", "Так, звичайно ...", "Продовжуйте, це справді важливо ...", "Чи не могли б ви зупинитись на цьому детальніше ...".

Звичайно, важливо дотримуватися міри й такту, не бути надокучливим і стереотипним. Якщо людина хвилюється, слід заспокоїти її, сказавши, що докладете всіх зусиль, щоб допомогти розібратись у складному питанні.

Іноді краще мовчки слухати співбесідника, не перебиваючи. Є багато випадків, коли клієнту важливо просто висловитись, як то кажуть, "відвести душу", "поплакатися комусь у жилетку". Вивільнення негативних емоцій та переживань, так звана вербалізація емоційних станів, уже сама по собі є ефективним психологічним прийомом. "Випустивши пар", клієнт може більш виважено й об'єктивно оцінювати ситуацію та разом із соціальним працівником вести пошук шляхів розв'язання свого питання. У будь-якому випадку явною помилкою буде критика дій і думок клієнта, "виховні" розмови та дидактичні висловлювання типу "Як ви дійшли до життя такого?".

З'ясувавши проблему, можна перейти до її обговорення з клієнтом.

В процесі усвідомлення й уточнення ситуації слід послідовно знаходити відповіді на такі орієнтовні питання.

- *Що відомо про ситуацію?*
- *Що турбує клієнта в цій ситуації?*
- *Що ще приховано в цій ситуації?*
- *Чи можна чіткіше окреслити ситуацію?*
- *Яких ще людей, крім клієнта, зачіпає ситуація?*
- *Які сфери соціальної роботи зачіпає ситуація?*
- *Які ще сфери зачіпає ситуація?*
- *Що собою являє проблема?*
- *Що собою являє клієнт? Його вік, стать, національність, сімейний стан, соціально-професійний статус, роль у сім'ї тощо.*
- *Яке саме відхилення бажаного від дійсності усвідомлює клієнт як проблему?*
- *Звідки клієнт прийшов і чому?*
- *Особливості клієнта та проблеми, яка його турбує.*
- *Значення проблеми для клієнта та інших людей, на яких вона впливає.*
- *Історія виникнення проблеми. Що передувало виникненню проблеми?*
- *Особливості поведінки клієнта.*
- *Середовище, де знаходиться клієнт.*
- *Зусилля та ресурси для розв'язання проблеми.*
- *Власні ресурси клієнта для розв'язання проблеми.*
- *Яка ще інформація потрібна? Обговорюючи проблему з клієнтом, слід також з'ясувати причини її виникнення, а саме:*
- *Що могло вплинути на виникнення проблеми?*
- *Чи пов'язано це з особливостями клієнта?*
- *Чи виникнення проблеми сталося внаслідок закономірного перебігу подій?*
- *Чи спричинилося виникнення проблеми випадковим збігом обставин?*

Дослідження проблем клієнта відбувається за допомогою виявлення даних про нього, його потреб та його оточення (людей та ситуацію). При цьо-

му слід застосовувати цілісний підхід: намагатися побачити людину і її життя в цілому, не тільки окрему проблему, але й її позитиви, переваги.

При оцінюванні потреб клієнта слід орієнтуватися на те, що існує загальнолюдська ієрархія потреб. В роботі слід виявити ті потреби конкретної особи, які не були задоволені.

З урахуванням проблем, потреб, переваг та обмежень клієнта на другій фазі йдеться про планування догляду. Для цього обирають пріоритетну (першочергову) проблему. Інколи також необхідне підвищення мотивації (бажання та волі) клієнта на досягнення цілей, на певні дії. Для підвищення ефективності втручання необхідними є дві речі — усвідомлення проблеми клієнтом та достатньо висока мотивація його на певні дії. Спочатку бракує обох компонентів. Тому необхідно застосувати переконання, використати факти, приклади, які будуть свідчити на користь прийнятого рішення та проти іншого способу дій.

Соціальний працівник формулює та погоджує з клієнтом мету та завдання втручання — конкретні способи досягнення мети. Визначення конкретної мети і завдань задає напрямок процесу допомоги, сприяє вибору відповідних стратегій та методів втручання, допомагає здійснювати перегляд, дозволяє здійснювати кінцеве оцінювання окремих втручань та процесу допомоги в цілому. Мета і завдання мають відповідати потребам, співпадати з бажаннями клієнта, бути зрозумілими і конкретними, реалістичними і вимірюваними (коли можна переконатися, що мета досягнута), вони мають також відповідати можливостям соціального працівника і його ціннісним настановам.

Мета може бути **дискретна** (отримання ресурсів, наприклад, доставка палива; прийняття важливого рішення; зміна оточення — умов проживання) або **продовгована/тривала** (опанування певних навичок; поліпшення конфліктної ситуації в сім'ї; представництво інтересів, відстоювання прав) [2].

Контракт (угода, договір) — кульмінація другої фази. Контракт укладають у письмовій формі між клієнтом та соціальним працівником як представником установи про ті послуги, які будуть надані. Контракт символізує домовленість, взаємну згоду. В контракті визначають не тільки мету і завдання втручання, а й ролі соціального працівника та клієнта (хто, що, яким чином буде робити), їхні права і обов'язки, наслідки невиконання обов'язків, часові межі (тривалість дії контракту, дати зустрічей і перегляду поточного оцінювання), методи проміжного і кінцевого оцінювання (які ознаки будуть свідченням прогресу, які підтвердження будуть братися до уваги).

Необхідною для контракту є також констатація конфіденційності в роботі та можливості внесення змін в контракт у разі зміни ситуації. Ефективність результатів втручання у соціальній роботі безпосередньо пов'язана з якістю контракту: точністю, конкретністю, детальністю визначення всіх його складових.

Третя фаза процесу соціальної роботи є основною. На цій фазі здійснюють утручання, переведення плану у практичні дії із застосуванням різноманітних методів та постійним переглядом, поточним оцінюванням досягнутого. При цьому, в залежності від ситуації, контроль більшою чи меншою мірою належить соціальному працівнику. Дуже важливо не робити все замість клієнта і пам'ятати, що призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб "допомогти людям допомогти собі". Потрібно прагнути того, щоб клієнт мав якнайбільше контролю над ситуацією.

Четверта фаза передбачає кінцеве оцінювання процесу допомоги. Передусім роблять аналіз того, чи була досягнута мета. В простій формі для оцінювання втручання потрібно відповісти на такі питання:

- Яка була проблема?
- Яких заходів було вжито?
- Яким є результат?
- Які ресурси були використані?

Якщо втручання було успішним і встановлена на початку мета досягнута, слід перейти до планування **підтримуючих стратегій**: підготувати умови для закінчення стосунків, обумовити, яким чином клієнт буде обходитися без допомоги соціального працівника.

Стосунки між працівником і клієнтом викликані проблемами, з якими клієнт приходив до соціальної служби, і розв'язання його проблем означає закінчення цих стосунків.

На завершення треба проаналізувати, яким чином людина реагує на завершення стосунків, справляється з болем та взагалі втратою в житті. Інколи зв'язок із соціальним працівником — це єдине, що є у людини. Заплановане завершення повинно бути достатньо тривалим, щоб подолати негативні емоції клієнта. Клієнт не повинен почувати себе покинутим. У деяких випадках соціальний працівник зустрічається з колишнім клієнтом через деякий час, аби пом'якшити перехідний період. Соціальний працівник у деяких випадках повинен проінформувати клієнта стосовно членства у групах самопомоги та підтримки або навіть і ввести його до складу такої групи. Громадські, церковні організації, як правило, мають такі осередки.

Як уже було вказано, не завжди процес проходить одне коло. Наприкінці запланованої роботи може виникнути інша проблема, і соціальний працівник може продовжити співпрацю з клієнтом. Ситуація може мінятися, і тоді виникає потреба повернутися на попередню фазу і переглянути прийняті рішення. Нарешті, в процесі роботи актуальність запланованої мети може зникнути. Цей факт яскраво свідчить про те, що в соціальній роботі процес є набагато важливішим за результат.



Групова робота

Сутність групової роботи полягає у пріоритеті спілкування з іншими людьми, які мають дещо спільне з вами. Цей спільний досвід не обов'язково має бути спільною проблемою, яку переживають всі ці люди, але за умов соціальної роботи, зазвичай, так і буває. Існують тисячі різноманітних організованих груп з великим розмаїттям цілей і форм роботи, і всі вони мають спільне — взаємодію між людьми, які знаходяться "в одному човні" [3].

Багато груп є неформальними і мають неофіційного, неформального лідера; інші — організовані і мають одного або більше лідерів чи координаторів.

На сьогодні існують три визначальні моделі групової роботи:

- терапевтична групова робота — групова психотерапія;
- соціальна групова робота;
- самокерована групова робота — групи самопомоги.

їх конкретизація, реалізація виглядає так:

Терапевтична групова робота, або групова психотерапія, має індивідуальні терапевтичні цілі і спрямована на полегшення стану або подолання особистісних проблем: тривога, низька самооцінка, недостатність цілеспрямованості, неефективність управління стресом, низька працездатність, занижена емоційність або контроль за нею, що спричиняють труднощі у міжособистісних стосунках, дискомфорт у групових ситуаціях або недостатність довіри до інших людей. Груповою психотерапією, як правило, займається психолог або психотерапевт.

Групове консультування орієнтоване на розв'язання певних проблем або на модифікації специфічних ситуацій, які є схожими для членів групи (емоційні, міжособистісні проблеми або проблеми, що стосуються пільг та прав). Лідерами таких груп можуть бути як психологи, так і соціальні працівники.

Соціальна групова робота — метод соціальної роботи, який допомагає індивіду покращити його функціонування за допомогою отримання цілеспрямованого досвіду в групі та дозволяє ефективніше виконувати персональні, групові, соціальні ролі. Це будь-яка систематична програмована регулярна активність групи людей, які поділяють спільні інтереси або мають спільні проблеми, з метою досягнення певних цілей.

Соціальні групи мають на меті функціональну активність із метою подолання ізольованості, надання позитивного досвіду стосунків. У таких групах відбувається розвиток інтересів та навичок, підвищення відчуття власної цінності. Прикладами таких груп є клуби, денні центри для людей похилого віку, для молоді з певними проблемами, для колишніх пацієнтів психіатричних лікарень, для людей з ВІЛ/СНІДом, для тих, хто хворіє на рак.

Освітні групи займаються обміном інформації та формуванням навичок через прямі інструкції. Це необхідно як для набуття нових знань і вмінь, яких бракує, так і для підготовки до наступних стадій життя (до або після виписки з психіатричної, наркологічної клініки або іншої лікарні, звільнення з місць ув'язнення і т.ін.). В таких групах використовують специфічний спосіб навчання — активне залучення до розв'язання реальних проблем, набуття власного досвіду через дискусію або рольові ігри.

Соціальні терапевтичні групи мають на меті підтримку адаптивних форм поведінки або модифікацію неприйнятних форм поведінки (зловживання алкоголем або наркотиками, злочинна поведінка). До цієї категорії відносять також групи, які орієнтовані на певну проблему (групи соціальних навичок).

Дискусійні групи мають на меті обговорення питань, проблем, актуальних для певного кола людей. При цьому відбувається обмін досвідом, поглядами, думками між членами групи.

Групи самодопомоги, групи соціальних дій, самокеровані групи створюються для підтримки та розв'язання індивідуальних проблем. За їхньою допомогою організують кампанії за зміну соціальних установок та на захист інтересів і прав. Ресурси групи використовують з метою:

- надання можливостей мати розваги та задоволення у житті;
- полегшення способів розпізнання та задоволення власних потреб;
- допомоги у вираженні своїх потреб і почуттів, навчання надавати та отримувати допомогу;
- використання групового процесу для розуміння і подолання перепон, що заважають отримувати підтримку, допомогу та опікуватися своїми потребами;
- заснування групи, в якій її члени можуть продовжувати зустрічатися неформально [4].

Фази групової динаміки

Об'єднання	Люди збираються та встановлюють спільну мету. Якщо рішення про участь у групі було свідомим, ця фаза супроводжується райдужними сподіваннями та очікуваннями
Початок роботи	Супроводжується формулюванням групових норм (правил), визначенням порядку роботи, структуруванням групи — розподілом ролей та влади
Ревізія	Відбувається перегляд норм та порядку роботи, перерозподіл ролей і влади. Це може супроводжуватися конфронтацією, конфліктами, станом кризи в роботі групи
Поновлений наголос на роботу	Проблеми розв'язані, група починає працювати за нових умов
Нормальне функціонування	Спостерігається згуртування, злагодженість групи у роботі
Закінчення	Групові цілі досягнуті, підбивають підсумки роботи

В роботі будь-якої групи спостерігаємо *групову динаміку* — зміни структури групи, розподілу влади, позицій, ролей, групових норм, моделей поведінки, спілкування, міжособистісних стосунків. Групова динаміка зумовлена впливом членів групи та зовнішніми вимогами. При цьому групи можуть бути закритими, коли до початкового складу учасників не додаються нові члени, та відкритими, коли склад учасників групи міняється.

Групові норми (правила) регулюють функціонування групи і стосунки її членів. Ці правила приймають за згодою членів групи, і вони можуть бути різноспрямовані. Разом з тим, є деякі правила, прийняття яких є обов'язковим або дуже бажаним для кожної групи: конфіденційність; розв'язання конкретних проблем; необхідність говорити від власного імені ("Я хочу..., можу..., думаю..."); звертання до інших членів групи на "ти", вживання імені; активність членів групи при розв'язанні проблем; принцип "тут і тепер" — перевагу надають розгляду актуальних проблем, аналізу думок і почуттів, які виникають у ситуаціях роботи групи, навіть якщо ці думки і почуття стосуються минулих подій.

позитивні чинники групової роботи (терапевтичні чинники):

- *універсалізація* — узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів. Люди починають розуміти, що інші відчують подібне і мають такі самі проблеми. Зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття відчуженості та самотності, підвищується самооцінка;

- *згуртування* — відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що вас сприймають як особистість;
- *зворотний зв'язок* — отримання широкі та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання з боку інших людей. При цьому різні думки дають простір для вибору, а однозначні думки мають надзвичайну силу переконання

Груповий догляд

Груповий догляд — це соціальна робота в установах, що здійснюють **денний** догляд чи **резидентний (інтернатний)** догляд за клієнтами. Цей догляд вважають особливою формою соціальної роботи. Названо її так тому, що до роботи залучені група професіоналів та група клієнтів.

Є такі відмітні елементи групового догляду:

- *координоване використання часу* — час жорстко структурований, усе підпорядковано режиму дня;
- взаємозалежність команди працівників — персонал різних професій працює з однією метою — задля клієнтів, робота в різні зміни ставить додаткові вимоги до надійності, послідовності та наступності;
- численні стосунки команди та групи клієнтів — в установах, що здійснюють резидентний та денний догляд, існують ланцюжки соціальних стосунків різних типів: користувач-працівник, користувач-користувач, працівник-працівник, родич-користувач-працівник;
- публічність практики — всі події, стосунки і навіть наміри стають відомими широкому колу персоналу та клієнтів;
- організація простору — територія, на якій співіснують персонал і клієнти, повинна бути раціонально розподілена з урахуванням усіх обставин, потреб, уподобань і сумісності.

Маємо також негативні, травмуючі чинники групового догляду:

- розлучення з близькими і знайомими людьми та звичним місцем перебування;
- тривога, пов'язана з перебуванням в новій ситуації, де правила поведінки не є знаними і зрозумілими;
- страх невизначеного майбутнього і втрати контролю обставин;
- суб'єктивні переживання приниженості, ганебності свого становища;
- відчуття залежності та безпорадності у прийнятті рішень та вибору.

Зазначимо, що *денні* центри забезпечують надання соціальної та психологічної підтримки різним категоріям клієнтів у денний час. Вони передбачають пропонування різних складних видів активності, яку розгортають з метою реабілітації, розвитку, зайнятості або працевлаштування.

Денні центри значно відрізняються один від одного за метою створення, структурою, організацією роботи. Прикладом найпростішого денного центру є неформальний центр, єдиною метою якого є забезпечення можливості спілкування для людей, які були користувачами певних послуг.

Іншим прикладом центрів денного перебування вузького спрямування є *проекти зайнятості*. Вони можуть забезпечувати зайнятість своїх клієнтів, наприклад, різними видами творчості. Існують також центри, які пропонують виконання роботи з невеликим заробітком або займаються перекваліфікацією інвалідів.

Теоретично денні центри можуть бути створені для всіх категорій клієнтів. Особливо поширеними є такі центри для людей похилого віку, дітей та дорослих з різними вадами, осіб, які проходять реабілітацію після виписки зі стаціонарів психіатричного або соматичного профілю. В центрах активно заохочують самодопомогу.

Резидентний (інтернатний) догляд забезпечує:

- тимчасовий або довготривалий притулок (бездомні люди, діти-сироти, люди похилого віку);
- цілодобову допомогу та догляд у разі, якщо людина не спроможна обслуговувати себе самостійно або сім'я не в змозі забезпечити піклування;
- спеціальну реабілітацію, навчання жити з певними вадами або долати проблеми (залежність).

Резидентний догляд вимагає більше ресурсів, часу, території, планування, піклування, відповідальності, сил. Між учасниками процесу допомоги складаються близькі та залежні стосунки, зумовлені:

- життям у групі разом з людьми, які мають проблеми;
- користуванням спільним помешканням та послугами;
- втратою контролю над власним життям [5].

Загальноприйнятою думкою є така, що резидентне піклування — не найкращий спосіб догляду. Це переконання є правильним навіть для резидентних служб розвинених країн, де перелік послуг дуже довгий, умови перебування максимально наближені до домашніх, а висококваліфікований персонал складається з фахівців різного профілю.

Існують альтернативні форми догляду. Наприклад, у системі піклування за дітьми-сиротами перевагу надають фостерному догляду (тимчасовому утриманню в нерідних сім'ях), усиновленню тощо.

Якщо порівнювати дві форми групового догляду, *денний догляд є прогресивнішою формою*, що не відриває людину від дому, родичів, друзів, звичних умов життя. Концепція догляду за місцем проживання є центральною в соціальній роботі західних країн. З цією метою всі соціальні служби максимально наближені до користувачів, широко розвинені спеціалізовані служби "Телефону довіри".

Робота у громаді

Робота в громаді — процес допомоги особам у самовдосконаленні спільноти шляхом організації колективних дій. Ці дії спрямовані на врівноваження умов життя нужденних або дискримінованих через бідність, приналежність до певної статі, віку тощо. Наприклад, кампанія громадських груп та профспілок проти скорочення соціальних виплат.

Термін "громада" вживають у двох значеннях:

- спільнота, що об'єднує осіб, які мешкають в одному регіоні, — територіальна громада,
- соціальна група осіб, які є близькими за інтересами або проблемами (вади, догляд за дітьми з особливими потребами).

Приклади роботи в громаді дуже різноманітні, а її ініціаторами та виконавцями можуть бути мешканці району, соціальні працівники та інші професіонали.

Класична модель такої роботи в громаді — *сусідська модель*. Задача соціального працівника — дослідити, як мешканці невеличкого регіону сприймають свої спільні сусідські інтереси та потреби, допомогти їм сформувати цільові групи захисту інтересів, спрямувати їхню діяльність.

Асоціація мешканців, асоціація людей з певними вадами, група, яка протистояла будівництву автошляху на території їхнього району тощо — приклади таких груп. Процес розвитку громади є схожим на процес індивідуальної соціальної роботи. Йдеться про контакти, аналіз, планування; роботу з групами; вихід за межі громади, залучення засобів масової інформації тощо [6].

Професійні межі застосування методів і форм соціальної роботи

У соціальній роботі стосунки з клієнтом, колегами та представниками інших професій зумовлені професійними вміннями та компетенцією, ціннісними настановами та етичними нормами, вмінням органічно застосовувати та поєднувати різноманітні форми та методи соціальної роботи. Все це формує комплексний підхід та "професійні межі" в роботі фахівця.

Ці межі не є стабільними. Вони залежать від професійних ролей, наявних ресурсів, реальних ситуацій, клієнтів тощо. Вони обмежують професійну відповідальність соціального працівника, допомагають захистити власну особистість від надмірних переживань та перевтоми. Формуванню розуміння цих меж сприяє професійна підготовка та досвід.

Етичний кодекс соціального працівника визначає стосунки з клієнтами, установою, в якій працює фахівець, колегами, суспільством тощо. Деякі

положення етичного кодексу однозначно визначають поведінку соціального працівника. Наприклад: "Соціальний працівник не повинен брати на себе професійну відповідальність за клієнтів іншого колеги без відповідних узгоджень з цим колегою". Але переважна більшість положень є лише керівництвом до дій і не містить в собі чітко визначених правил. Так, настанова "... діяти завжди на користь клієнта" може визначити різноспрямовані рішення в одній і тій самій ситуації. Врешті-решт, професійні межі у стосунках з клієнтом соціальний працівник регулює сам у повсякденних ситуаціях, коли визначає, як звертатися до клієнта та як клієнт повинен звертатися до нього, коли вирішує, чи ділитися особистими переживаннями, чи погоджуватися під час візиту до клієнта на запропоновану чашку чаю або інше частування. Більшість з таких питань не мають однозначної відповіді й залежать від конкретних обставин.

Разом із необхідністю виявляти емпатію соціальний працівник не повинен надто перейматися проблемами клієнта. Професійні межі передбачають емоційно нейтральне ставлення до клієнта, певну відстороненість. Але навіть при такому ставленні накопичуються негативні враження, почуття, переживання, втома, виснаження, що можуть призвести до вигоряння, стресу.

Під вигорянням ми розуміємо стан втоми та емоційного виснаження, який проявляється у втраті здатності до надання психологічної підтримки іншим, байдужим та негативним ставленням до колег та клієнтів, зниженням продуктивності або зневірою в результатах своєї діяльності.

Термін "вигоряння" прийнято вживати у зв'язку з професіями, що пов'язані з наданням допомоги особі, яка опинилася у критичній ситуації. Окрім соціальних працівників, вигоряння виявляють у медичних сестер, лікарів, педагогів, психологів та представників інших професій, у роботі яких особиста відповідальність перевершує зовнішній контроль.

Уведення розумного обмеження робочого часу, забезпечення необхідними орієнтаціями та підготовкою перед початком роботи, моральне та матеріальне заохочення успіхів у соціальній роботі, підготовка до розпізнавання та управління стресовим станом, забезпечення можливостей змін видів діяльності, обмеження роботи наодинці, планування часу за межами роботи тощо — ось деякі з можливостей для запобігання стресовим ситуаціям при перенапруженій роботі соціального працівника.

Особливості командної роботи

Робота в команді є невід'ємною для соціального працівника. Багато хто вважає вдалу та дружню команду головною умовою ефективного надання послуг та отримання задоволення від роботи. Натомість, незадоволені працівники часто скаржаться, що їхня команда — це не "справжня команда".

Саме тому студентів під час навчання і практики часто перевіряють, наскільки добре вони працюють разом та поруч з іншими, а кандидатів на роботу оцінюють з огляду на те, наскільки вони підходять команді.

Команди соціальних працівників — це, по-перше, персонал установ, що надають соціальні послуги мешканцям певного регіону. Розподіл робочого навантаження, обмін інформацією, розгляд кореспонденції, розв'язання поточних питань та проблем відбувається в процесі діяльності команди. Члени команди працюють разом без інструкцій, але певним структурованим шляхом, щоб визначати та розподіляти завдання згідно з процедурами та принципами організації; належним чином виконувати службові обов'язки; надавати підтримку одне одному. Команди забезпечують надійність та особистий і професійний розвиток [7].

До головних характеристик дійових колективів (команд) слід віднести:

- чіткі завдання та погоджені цілі,
- відвертість та протиборство,
- підтримку та довіру,
- співпрацю та конфлікт,
- виважені, логічні процедури,
- належне професійне керівництво,
- індивідуальний розвиток,
- міцні міжгрупові стосунки.

Розглянемо таку схему розвитку команди (п'ятикрокова модель):

Формування	Зібрання разом, початок роботи
Штурмування	Кінець "медового місяця", міжособистісні конфлікти, суперництво з приводу лідерства
Нормування	Прихід до норми, встановлення робочих стосунків, атмосфера прояснюється, проблеми розв'язані, процес та завдання розмежовано
Виконання	Виконання справ налагоджено, заплановані цілі досягнуто або переглянуто, недооцінка досягнутого, романтизація минулого, погляди в майбутнє, спад зобов'язаності, стосунки не є самоціллю, є задоволення від досягнутого
Розставання	Втрата (розлучення) з деякими членами команди, недооцінка досягнутого, романтизація минулого, погляди в майбутнє

Розвиток команди підкоряється закономірностям групової динаміки. Очевидно, що п'ять кроків розвитку команди відповідають п'ятьом фазам групового процесу.

У багатьох організаціях та інституціях, таких як територіальні центри, інтернати, лікарні, амбулаторні медичні установи, денні центри, служби резидентного догляду, оцінку проблем клієнта та надання послуг здійснюють

члени **мультидисциплінарної** (багатопрофільної) команди. Мультидисциплінарний підхід при наданні послуг має переваги, оскільки є комплексним: кожен фахівець знає досконало свою справу і всі разом вони забезпечують усебічну допомогу клієнту. Визначальні принципи функціонування мультидисциплінарної команди:

- рівність;
- консенсус;
- поточний та кінцевий аналіз діяльності;
- розподіл влади.

В результаті початкового оцінювання та обстеження клієнта кожен з членів команди формулює свій "діагноз":

- **лікар** — медичний;
- **медична сестра** — функціональний (відображає поведінкові розлади, обмеження на фізичному та психічному рівнях, як це відбивається на повсякденній діяльності);
- **соціальний працівник** — соціальний (віддзеркалює наслідки хвороби, їх вплив на соціальне функціонування — правові, професійні, сімейні обмеження, фінансові проблеми тощо).

Початкове оцінювання в соціальній роботі стосується таких аспектів:

- природа соціально-психологічних проблем, включаючи оцінку проблем розвитку, стресові фактори;
- обсяг можливостей клієнта та інших значущих для нього людей (сім'я, близькі, друзі) — позитиви, навички, обмеження;
- ресурси, потрібні та наявні;
- мотивація клієнта до роботи.

При підготовці спеціалістів для роботи в команді потрібно:

- навчити працювати разом ефективно, гармонійно, на високому професійному рівні;
- надати кожному члену команди міждисциплінарні знання та навички;
- дати можливість контактувати з іншими спеціалістами під час навчання;
- навчити розуміння особливостей та розбіжностей у підходах кожного члена команди;
- навчити не втрачати власну професійну ідентифікацію.

Додаток 1

НАПРАВЛЕННЯ

(Деякі зауваження щодо процедури)

Трапляється так, що розв'язання проблем клієнта перебуває за межами вашої професійної компетенції. В такому разі соціальний працівник бере на себе роль "брокера". Слід допомогти клієнту усвідомити потребу, направивши його до іншого фахівця.

Визначіть разом, куди краще звернутися. Ви маєте бути обізнані у наявних службах, процедурі звернення, якості та особливостях послуг, на які клієнти мають дати **інформовану згоду**. Поважайте право клієнта на самовизначення, але підкресліть переваги, які він отримає завдяки відвіданню фахівця.

Уникайте фальшивих обіцянок та запевнень. Реалістичність, чесність, обережність — засадничі принципи. Не пояснюйте того, що буде робити інший професіонал. Це може розчарувати клієнта або може не справдитися. Взагалі, це виходить за межі вашої професійної компетенції. Ви маєте зробити так, щоб клієнт потрапив до іншого спеціаліста та досяг успіху.

Що можна зробити, щоб полегшити процедуру звернення?

Надайте клієнту назву, адресу, телефон установи, поясніть, як туди дістатися (краще забезпечте планом-картою), домовтеся про візит клієнта. Поясніть, чого можна очікувати. Вкажіть ім'я спеціаліста, його посаду, імена інших людей, до яких можна звернутися.

Якщо проблема складна або клієнт нездатний її викласти — запишіть її стисло. Зробіть це разом з ним. Викладіть також потреби клієнта й бажані для нього заходи. Можна забезпечити супроводження (друзі, родичі, ви самі). Бажано провести поведінкову підготовку — репетицію (що і яким чином зробити). Попросіть клієнта поінформувати вас після відвідання спеціаліста або самі зателефонуйте.

Рівень вашого зацікавлення визначає успішність або неуспішність направлення.

Додаток 2

ПЛАН ДОГЛЯДУ

/. ПОЧАТКОВЕ ОЦІНЮВАННЯ

1.1 Збір загальних даних передбачає інформацію про: прізвище, ім'я, по батькові; вік; стать; сімейний стан; національність, рідну мову, інші мови,

якими володіє; релігійність, конфесійну приналежність; домашню адресу, з ким мешкає; освіту; професію, зайнятість (повний/неповний робочий тиждень, безробітний, пенсіонер, студент, інше); інвалідність, групу (за соматичним/психічним захворюванням дитинства, за віком); дату звернення до соціальної служби, медичної установи.

1.2 З'ясування основної проблеми клієнта: точно сформулювати, чому клієнт звернувся за допомогою, що змусило його прийти: внутрішні чи зовнішні причини (вплив соціальних або юридичних чинників). З'ясуйте також, що було приводом для звернення клієнта (які події підштовхнули, вплинули на це рішення) та чого він очікує від служби, до якої звернувся, чого сподівається досягти. Бажано використовувати мову клієнта. Якщо інформація отримана не від клієнта, відзначити, хто надав її.

1.3 Опис клієнта: коротко описати зовнішність та поведінку клієнта, ваші враження.

1.4 Відомості про життя, тобто реєстрація інформації, яка може стосуватися таких аспектів:

- житлові умови, домогосподарство;
- стиль життя та соціальна стабільність;
- професійна та фінансова ситуація;
- сімейна, соціальна ситуація та підтримка;
- інтереси, захоплення, вподобання;
- причетність значущих для клієнта людей до проблеми, залученість до її розв'язання;
- правова ситуація;
- фізичний стан.

1.5 Спільне з клієнтом формулювання проблеми

2. ПЛАНУВАННЯ ДОГЛЯДУ

2.1 Мета та завдання

2.2 Контракт

3. ВИКОНАННЯ

Ведення моніторингу — щоденникові записи.

4. КІНЦЕВЕ ОЦІНЮВАННЯ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАПИСІВ

1. ЦІЛІ ВЕДЕННЯ:

- 1.1 спостереження та навчання,
- 1.2 накопичення інформації,
- 1.3 особиста оцінка,
- 1.4 планування дослідження,
- 1.5 фінансовий контроль,
- 1.6 оцінка роботи організації,
- 1.7 ідентифікація особистості [8].

2. ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ:

Реєструють лише "необхідну та достатню" інформацію, яка стосується проблем, що знаходяться в межах компетенції соціального працівника. Фіксують не симптоми, а їхній вплив на життя в цілому (як переживає їх клієнт, чи призвели вони до проблем з житлом, до втрати побутових або професійних навичок, навичок спілкування, зменшення контактів тощо).

Слід подавати факти (події, думки та поведінка клієнта або інших осіб), а не припущення соціального працівника.

Інформацію, що отримана від клієнта та інших значущих осіб, бажано наводити як пряму мову або непряму з використанням ключових слів та висловів клієнта в лапках. Фраза може бути сформульована так:

"Клієнт/ка (використовують переважно ім'я або "він/вона") розповів/ла... сказав/ла ... вважає ... впевнений/а, що "...".

"Зі слів/на думку матері...лікаря...друзини відомо, що "... "

Документи цитують, наприклад:

- *"В історії хвороби/у документі (якому?)...зазначено, що "...".*

А також:

- слід критично ставитися до того, про що сповіщає клієнт або інші люди;
- розуміти сенс та значення, які вкладають вони у свої висловлювання;
- вміти бачити справжні проблеми клієнта за їхніми "масками";
- клієнт має бути впевненим, що записи не потраплять до чужих рук;
- записи варто погоджувати з клієнтом. Відкритість їх позитивно впливає на взаєморозуміння та оптимізує співпрацю;
- записи повинні бути доступними для інших професіоналів;
- діяти на користь клієнта (не завдавати шкоди). Намагатися не образити клієнта (якщо ніяково писати про щось — не пишійть);
- уникати суджень, оцінок, таврування;

- слід дотримуватися розповідної форми, описового стилю, уникати професійних термінів, жаргону.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття методів і форм соціальної роботи.
2. Як ви розумієте сутність та особливості методів соціальної роботи?
3. Дайте характеристику індивідуальній формі роботи соціального працівника.
4. В чому різниця групової роботи та роботи в спільноті?
5. Розкрийте зміст поняття "професійні межі соціальної роботи".
6. Покажіть особливості командної форми соціальної роботи.

Рекомендована література

1. Грига І. й Іванова О. Культурні передумови виникнення соціальної роботи в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997.— №2,3. — С.95 — 106.
2. Динамика цінностей в соціальній роботі / Под ред. С. Шардлоу. — Київ, 1996.
3. Доэл М. и Шардлоу С. Практика социальной работы. — М.: АО "Аспект Пресс", 1995. — С. 144 — 153.
4. Мюллендер О. та Уорд Д. Самокерована групова робота. — К., 1995.
5. Практика социальной работы / Под ред. К. Ханвея и Т. Филпота. — Киев, 1996. — С.52 — 67, 89 — 103, 219 — 238.

Глава 4

СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ

Навчальні цілі:

- познайомити з історичними передумовами та сучасною ситуацією в галузі соціального захисту населення;
- познайомити з ключовими поняттями соціальної політики, поняттям "соціальної держави", роллю недержавних організацій у соціальній політиці;
- обговорити використання інструментів соціальної політики в Україні;
- представити пріоритетні напрями соціальних реформ в Україні, зокрема пенсійної реформи, змін у системі надання соціальної допомоги та соціального обслуговування.

Ця глава представляє матеріали, які розповідають не тільки про те, що є соціальною політикою, її складовими, цілями та завданнями. Зроблена спроба проаналізувати той контекст, в якому формувалася нинішня соціальна політика й відбувалося становлення соціальної роботи як професії. Цей погляд — авторський і не завжди співпадає з офіційною позицією Міністерства праці та соціальної політики України.

Частина глави — це матеріали теоретичні, які дають уявлення про деякі ключові поняття соціальної політики. Також тут можна познайомитися з планами Уряду до 2004 року у цій сфері. Для тих, хто читатиме цей матеріал після означеного терміну, — це буде нагода замислитися, чи все впроваджено із задуманого, якими були наслідки реалізації "Основних напрямів соціальної політики на період до 2004 року".

Передумови формування української соціальної політики у 90-х

Будь-що, зокрема й соціальна політика, має свої витоки й пояснення. Чому ми маємо те, що маємо? Корені цьому — і в столітній, в кількадесятилітній, і в новітній історії України. Спробуємо поглянути на останню, аби краще зрозуміти, що відбувається в році 2001-му.

Початок і середина 90-х років в Україні... Якими ж були визначальні віхи в соціально-політичному та соціально-економічному житті країни? Ретроспективно на думку спадають різні події, чинники та явища. Перелічимо деякі з них (зовсім не в хронологічному порядку чи за ступенем важливості). Лише як пригадується.

Проголошення незалежної держави (1991 рік); падіння соціалістичної системи. Економічна криза; стрімка інфляція. Зупинка підприємств. Поява нового явища — безробіття. Посилення у людей почуття соціальної незахищеності й зростання девіантних проявів, кримінальних правопорушень. Жахлива правда про Чорнобиль. Майнове розшарування населення й рестратифікація суспільства: феномен "нових українців" і "нових бідних". Боротьба нових і старих суспільних цінностей. Становлення "тіньового сектора" в усіх царинах життя, зокрема й в соціальній сфері. Успадкування "подвійної управлінської моралі" [1]: призначення номенклатурі високих зарплат, пенсій, поява різноманітних соціальних виплат, усіляких допомог та пільг. Нерозвинуеність "третього сектора" (громадянського суспільства). Погіршення демографічної ситуації. Невизначеність зовнішнього й внутрішнього курсу держави...

Звісно, можна розподілити ці проблеми за звичною схемою: на політичні, економічні, соціальні, духовні. Але насправді це було майже замкнуте коло взаємопов'язаних труднощів, перешкод, хвороб народження нової держави. Коло, що отримало назву "системної суспільної кризи" [2]. Саме за таких умов відбувалося і відбувається фактичне народження в Україні соціальної роботи як професії й формування соціальної політики.

Різке скорочення ВВП та реальної заробітної плати поставило систему соціального захисту в Україні в надзвичайно скрутне становище. Чисельність тих, хто сплачує податки, скоротилася, що зумовило зменшення фінансування системи соціального захисту. Катастрофічно скоротився розмір соціальних виплат. І разом із тим у державі існувала й існує розгалужена система пільг та компенсацій, що, як правило, призначають без урахування доходів сім'ї.

Серед передумов формування соціальної політики вирізняють:

- ціннісні;
- політичні;
- географічні/ територіальні;
- культурні;
- економічні;
- соціально-демографічні.

1995 року майже 80 % сімей отримували соціальні виплати, грошові допомоги чи компенсації з бюджетів усіх рівнів, соціальних фондів та за рахунок коштів підприємств та організацій. Чисельність пенсіонерів становила 14,5 млн. чоловік, 1,5 млн. молодих людей, які навчалися, отримували стипендію, для 5,6 млн. дітей було призначено грошову допомогу на виховання та утримання, понад 2,5 млн. громадян отримували грошову допомогу на прожиття, різні види грошових допомог та компенсацій мали 3,5 млн. осіб, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, 1,4 млн. сімей призначено субсидії на утримання житла, майже одному мільйону малозабезпечених було надано грошову допомогу в осінньо-зимовий період, 450 тис. самотніх непрацездатних отримували постійну допомогу вдома, понад 50 тис. людей похилого віку перебували на повному державному утриманні, 74 тис. — мали підтримку як безробітні, майже 300 тис. громадян відшкодувалися збитки, заподіяні внаслідок травм на виробництві. Крім того, кожний третій мешканець України мав право на безплатний проїзд в міському транспорті, 3,6 млн. — сплачували лише частину коштів за утримання житла, 6,1 млн. громадян за електроенергію, 6,3 млн. — за газ, 1,5 млн. — за користування телефоном. Окрім того, існувало ще кілька десятків різноманітних пільг, серед яких безплатний проїзд залізницею, пільгове оподаткування доходів громадян, придбання житлових приміщень за цінами, нижчими від їхньої вартості, безплатне або пільгове забезпечення автомобілем [3].

Соціальні ресурси держави виявилися обмеженими... А недержавний сектор не був розвинутим; на початку 90-х років практично не було недержавних соціальних служб. Такими були передумови формування соціальної політики в Україні.

ЕКОНОМІЧНИЙ ТА ПОЛІТИЧНИЙ КОНТЕКСТИ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

Упродовж 1990—1997 років валовий внутрішній продукт України зменшився наполовину, обсяги промислового і сільськогосподарського виробництва скоротилися відповідно на 57% і 60%, частка працівників, які знаходяться у неоплачуваній відпустці або працюють на умовах неповного робочого дня, зросла до чверті всіх працівників [4]. На початок 1997 року жителі окремих регіонів не отримували заробітної платні майже рік.

Вважають, що приблизно 50% економіки України в 90-х роках перебувало й перебуває в "сірій зоні", охоплюючи 35% трудових ресурсів. Проте можливості працевлаштування на підприємствах тіньового сектора неоднакові в різних регіонах.

Інфляція знецінила більшість збережень громадян. Якщо у 1990 році вклади в розрахунку на одну сім'ю становили в середньому 163 долари США, то до 1993 року середня вартість їх знизилася до 2,4 доларів США [5].

У 90-х роках дедалі поширенішою характеристикою українського суспільства стає **бідність (зубожілість населення)**.

За показниками Індексу людського розвитку, Україна перемістилася з 54 місця в світі у 1992 році на 80-те у 1994 році, головним чином через зниження офіційного показника доходу на душу населення.

Порівняння витрат на харчування підтверджує висновок про те, що реальні доходи населення України значно нижчі за реальні доходи громадян інших країн Європи [6].

Українські дослідники відзначають певні характерні риси бідності в нашій державі:

- нинішня збіднілість (або принаймні падіння життєвого рівня) досить широких верств суспільства розвивалася на тлі досить значного майнового розшарування й появи багатих прошарків, чия заможність асоціюється з несправедливими джерелами, а поведінка далека від благодійної допомоги нужденним;

- бідними стали люди, котрі свого часу (чи навіть сьогодні) чесно працювали в державі, жили за її законами і були вельми поважними членами суспільства, тобто ані зайнятість, ані пенсія аж ніяк не гарантують в Україні належного достатку [7]. Саме тому українську бідність часто називають "феноменальною", "тотальною" [8].

Особливість української ситуації полягає ще й у тому, що на законодавчому рівні не було визнано існування бідності навіть тоді, коли інфляція перевищувала тисячу відсотків і масово закривалися підприємства (на початку та в середині 90-х років).

Загалом, 90-м рокам в Україні притаманна певна **політична аморфність**. Влада в державі залишалася формально позапартійною та партійно неструктурованою. Це призводило до відсутності відповідальності, до гальмування ринкових реформ, до невваженої соціальної політики. Й разом із тим на адресу влади все голосніше лунали звинувачення в корупційності. У фокусі політичних дебатів в Україні опинялися економічні негаразди, але рішення не носили системного характеру й часто хибували популізмом.

1995 року до розпуску Кабінету Міністрів призвело, зокрема, рішення парламенту про незабезпечення урядом належного соціального захисту населення.

У червні 1997 року Кабінет Міністрів, побоюючись соціальних наслідків, не виконав свого зобов'язання підвищити тарифи на житлово-комунальні послуги для населення до рівня 100%-го відшкодування собівартості послуг, що стало однією з причин призупинки фінансування з боку Міжнародного валютного фонду.

Водночас уряд намагався вживати заходів для захисту найменш забезпечених родин. У 1995 році було запроваджено програму житлових субсидій, а малозабезпечені сім'ї з дітьми отримують додаткову допомогу (щоправда, доволі незначну).

28 червня 1996 року ухвалено Конституцію нової держави, яка проголосила Україну правовою та соціальною державою, закріпила соціальні права громадян, зокрема право на соціальний захист. Однак очікуваної миттєвої стабілізації політичного процесу не сталося. При цьому гарантовані Основним Законом права не завжди реалізують на практиці.

Водночас в Україні зберігалася ієрархічна адміністративно-командна система управління, спостерігалася слабкість громадянського суспільства та ототожнювання політичних сил з державними інститутами та регіональними кланами.

Перманентне протистояння між українським парламентом та урядом давалося взнаки всі 90-ті роки. Виявом загострення цих стосунків стало рішення Верховної Ради від 1997 року, коли, незважаючи на відсутність у бюджеті відповідних коштів і накладене вето Президента України, парламент таки ухвалив підвищити мінімальну пенсію до вартісної величини межі малозабезпеченості (соціального нормативу, який замінює не існуючу в країні межу бідності) та підвищити мінімальну заробітну платню.

Лише у вересні 1997 року було ухвалено першу урядову програму із соціальної політики — "Основні напрями соціальної політики в Україні на 1997—2000 роки". У її першому розділі охарактеризовано стан соціальної політики в 90-ті роки. В документі, зокрема, зазначалося: "Численні пільги, соціальні виплати і допомоги нерідко впроваджувалися без врахування матеріального становища різних категорій громадян та їх реальних можливостей забезпечити власний добробут. Як наслідок, у суспільстві зростає соціальне утриманство, що зменшує можливості для надання допомоги тим, хто її дійсно потребує. Зменшення надходжень до бюджету загостило проблему фінансування бюджетних установ освіти, охорони здоров'я, науки, культури. Погіршився соціальний захист найбільш вразливих верств населення: дітей, пенсіонерів, інвалідів, одиноких, безробітних і багатодітних сімей. Знизився рівень соціально-трудова прав і гарантій громадян" [9].

Соціально-демографічний контекст формування соціальної політики

За останні роки в Україні намітилися несприятливі соціально-демографічні та медико-соціальні тенденції. Спостерігаємо зменшення чисельності населення починаючи з 1993 року, після того, коли в Україні було зареєстровано максимальну кількість населення — 52,2 мільйона.

КІЛЬКІСТЬ НАСЕЛЕННЯ (на початок року, млн. чол.)

Рік	1940	1970	1985	1990	1993	1995	1997	1998	1999	2001
Кількість населення	41,3	47,1	50,8	51,7	52,2	51,7	50,9	50,5	50,1	49,3

Аналіз результатів різних досліджень [10] та баз даних, що характеризують рівень життя населення (вибіркових обстежень, даних про отримувачів соціальної допомоги тощо) [11] свідчать, що однією з *найуразливіших соціальних груп виявилися діти*. Насамперед діти, котрі з різних причин позбавлені належного батьківського піклування (сироти та напівсироти, діти з негараздних та неповних сімей), а також діти з сімей, де дорослі вимушені дбати передусім про заробітки (внаслідок відсутності роботи, несвоєчасної виплати зарплати тощо). Одна з найболючіших проблем — зростання кількості дітей-сиріт і так званих "соціальних сиріт" при тому, що форми опіки та піклування над дітьми залишаються в Україні практично незмінними.

Виховання дітей, позбавлених батьківського піклування, в інтернатах на сьогодні є необхідністю, що зумовлена багатьма чинниками, в першу чергу — організацією державної системи опіки та піклування, відсутністю альтернативних форм влаштування дитини-сироти [12].

Однак у нас ще й досі не відпрацьовано законодавство щодо сучасних шляхів розв'язання проблем дітей із особливими потребами: дітей-сиріт, дітей, що залишилися без піклування батьків, дітей із проблемами фізичного, емоційного та інтелектуального розвитку. Мережа державних стаціонарних установ, вочевидь, не забезпечує задоволення потреб та інтересів цих дітей.

Негативна соціально-демографічна та соціально-економічна ситуація призвели до того, що однією з ключових соціальних проблем стала проблема пенсійного забезпечення та соціального обслуговування людей похилого віку.

Поширена практика неофіційної трудової діяльності, зростаюче безробіття та ранній пенсійний вік призвели до низького співвідношення між працюючими та пенсіонерами. На кожного пенсіонера в Україні припадає три працездатні особи, з котрих 1993 року робили відрахування до Пенсійного фонду 1,6, а 1996 року — 1,2 особи. Лишень Албанія, Болгарія та Угорщина близькі до України за цими показниками [13].

За незначних змін чисельності населення України впродовж 1980—1996 років кількість пенсіонерів збільшилася за цей період на 35,5% і становила на 1998 рік близько 14 млн. осіб.

КІЛЬКІСТЬ ПЕНСІОНЕРІВ (на 1 січня відповідного року)

Рік	1983	1986	1992	1993	1995	1997	1999	2000
Всього, млн.	11,2	12,0	13,6	14,2	14,5	14,5	14,0	13,9
у т.ч. за віком	7,6	8,5	10,3	10,7	10,7	10,6	10,4	10,4

Унаслідок занепаду економіки та демографічних змін упродовж останніх років пенсійна система України зазнала глибокої фінансової кризи, жертвами якої стали ці 14 мільйонів пенсіонерів. Витрачаючи на пенсії велику, за міжнародними нормами, частку національного доходу (близько 10%), система має дуже низький рівень пенсійного забезпечення (середня пенсія не перевищує третини середньої заробітної плати), який не досягає прожиткового мінімуму.

Соціальне обслуговування людей похилого віку на початку 90-х років здійснювалося здебільшого у державних закладах і поширювалося переважно на тих громадян, котрі не мали сім'ї (самотніх). Варто додати, що наприкінці 80-х років окрім традиційних будинків-інтернатів (стаціонарних закладів), *почали з'являтися "територіальні центри"* (нестационарні заклади). У 1997 році були затверджені нові нормативні акти: "Типове положення про територіальний центр по обслуговуванню одиноких непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів" та "Типове положення про відділення соціальної допомоги". Це дозволило розширити мережу центрів соціального обслуговування та збільшити спектр послуг, що надають самотнім літнім громадянам.

Негативні медико-соціальні тенденції призвели до зростання кількості інвалідів. У 1993 році в нас налічувалося майже 2 млн. інвалідів, або 39 інвалідів на кожну тисячу населення. В 1998 році в Україні на 50,5 млн. населення припадало вже 2,3 млн. *інвалідів*. Дуже гострою є проблема дитячої інвалідності. Практично всі сім'ї, які мають дітей з обмеженими можливостями, потребують матеріальної, психологічної, медичної та юридичної допомоги [14].

В українському суспільстві за умов трансформації всіх сфер життя та переходу до ринкової економіки *молодь*, як і переважна більшість інших верств населення, опинилася у кризовому становищі. Майже 20% населення країни — молодше 15 років. Успадкувавши від радянських часів традицію державних служб для молоді, на початку 90-х років Уряд України створив Міністерство у справах сім'ї та молоді і його структурні підрозділи — Соціальні служби для молоді (ССМ). Перші осередки таких соціальних служб почали виникати з 1991 року у Харківській, Луганській, Дніпропетровській, Донецькій областях та Автономній Республіці Крим.

Варто додати, що економічне становище країни не дає ССМ можливості належним чином сприяти молоді в її соціальному становленні. Завдання, яке було поставлено перед соціальними службами для молоді — "Дійти до кожної

молодої людини, за умов країни з перехідною економікою виявилось малоздійсненним. "Небажання погодитися з цим призводить до розпорошення зусиль держави, а часто і до декларативного характеру її молодіжної політики і, як наслідок, до зневіри молоді в державі і у справедливості суспільства" [15]. Останнім часом ці служби почали фокусувати свою увагу на найбільш соціально вразливих категоріях дітей та молоді, розробляючи спеціалізовані соціальні програми для "дітей вулиці", дітей-сиріт, підлітків із наркотичною залежністю і т.ін.

90-ті роки відзначилися в Україні й низкою інших соціальних проблем, що потребували адекватного вирішення:

- криміналізація суспільства; зростання **рівня правопорушень**, зокрема серед підлітків та молоді;
- зростання кількості хворих на наркоманію та токсикоманію;
- поширення захворюваності на венеричні хвороби;
- стрімке зростання кількості людей, що живуть із діагнозом ВІЛ/СНІД [16].
- поява біженців, шукачів притулку та мігрантів; проблема переселення кримських татар; переселенців із зон, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Звичайно, соціальний контекст є поліфонічним, і соціальних проблем насправді значно більше, ніж перелічено вище. Настільки більше, що це дозволяє говорити про появу в Україні "нової соціокультурної реальності" [17].

психологічний контекст формування соціальної політики

За умов загальної кризи суспільства для масової свідомості характерна надзвичайна нестійкість, суперечливість. На нові складні ситуації свідомість реагує масовими неврозами, нігілізмом, песимістичними настроями. Почасти фіксуються протиріччя між ціннісними орієнтаціями і соціальними установками та реальною діяльністю. Все це спостерігаємо впродовж 90-х років і в Україні, яка переживала не тільки кризу, але й перехідний період — період суспільних трансформацій.

У більшості українців зруйновано традиційні форми адаптації, змінився особистісний досвід, відбулася дезорганізація внутрішнього світу... "Найнебезпечнішим у даній ситуації є те, що глибока й тривала системна криза, яка поглиблюється *перманентною психологічною кризою*, закріплює певний психологічний стереотип сучасної особистості, пов'язаний із негативно *упередженим ставленням людини до себе, іншої людини, до своєї держави*" [18].

Ще однією з особливостей України 90-х років була *інтенсивна міфологізація* буденної свідомості, відновлення традиційних вірувань та поширення нетрадиційних релігій і також містичних уявлень. Численні дослідники цього явища в посткомуністичних країнах вважають таку міфологізацію небез-

печною, оскільки вона формує ілюзійне світорозуміння, може зрештою викликати розчарування та апатію, інколи становить загрозу психічному здоров'ю [19]. Хоча звернення українців до традиційних релігій певною мірою позитивно позначилося на соціальній ситуації, зокрема на відродженні традицій благодійництва, створенні благодійних організацій та соціальних служб...

Говорячи про психологічний контекст в Україні 90-х, варто згадати про народження й поширення "*масової культури*" (фільмів, книг, музичних творів), що здебільш пропагували брутальність, жорстокість, насильство...

У 90-ті роки зростало **протиріччя** між емоційними оцінками, викликаними економічною ситуацією, і реальними установками у напрямі пошуку шляхів підвищення життєвого рівня [20]. Відбувалося й запозичення елементів західного способу життя, філософії прагматизму. Але ці зміни стосувалися досить вузького прошарку населення. На початку 90-х (як і наприкінці десятиріччя) значна частина населення сподівалася або на повернення "старих часів", або на те, що проблеми буде вирішувати "хтось" без їхньої участі. В середині 90-х років відчутно спостерігалася "девальвація" ідей реформування та ідей незалежної держави, що лише поглибило дезадаптаційні явища, продовсім у соціально незахищених групах.

Підсумовуючи, зазначимо, що адаптація населення до нових суспільних умов, пристосування до інших цінностей — явище завжди складне й багатогранне. Проте очевидно: в Україні адаптація до глобального соціально-економічного переструктурування соціуму занадто затягнулася, що є, власне, складовою системної суспільної кризи й тим підґрунтям, на якому виникла соціальна робота як професія. Адже, як зазначалося в першій главі цього посібника, потреба в соціальній роботі збільшується саме під час соціальних та економічних криз, бо за таких умов з'являється чимало людей, котрі не можуть обійтися без захисту й допомоги з боку інших членів суспільства.

Характеристика соціальної політики

Про соціальну політику говорять зараз усі, особливо в розпал передвиборних кампаній. Усі дають їй оцінки: теперішні й майбутні депутати, їхні довірені особи, журналісти, перехожі на вулиці, у яких беруть інтерв'ю... Словом, всі й по-різному. Але якщо звернутися до наукових джерел, то ми теж не знайдемо одного (єдино правильного) визначення. Й програми урядів різних країн тлумачать зміст соціальної політики дещо відмінно.

У цілому до характеристики соціальної політики можна підходити на трьох рівнях:

- академічному (науковому, політологічному);
- практичній політики;
- людських потреб.

В більшості визначень **поняття** соціальної політики пов'язане з низкою заходів як уряду, так і інших організацій, спрямованих на підвищення добробуту та задоволення потреб як найменш захищених груп і індивідів, так і населення в цілому. Необхідність соціальної політики в суспільстві обумовлюється існуванням соціальної нерівності та обмеженим обсягом ресурсів.

Поле діяльності соціальної політики обумовлено соціальними проблемами, що існують в суспільстві, охоплює групи населення, в яких виникають ці проблеми, обмежено певними сферами, що належать до компетенції СП.

Сфери діяльності соціальної політики: соціальний захист, зайнятість, охорона здоров'я, житло, освіта.

Об'єктом соціальної політики є все населення країни. **Суб'єктом** соціальної політики є держава [21].

Складові соціальної політики

- Ринок позначається на фізичній особі встановленими цінами, заробітною платнею, а також рівнем безробіття та кількістю вільних робочих місць, загальним станом економіки і згуртованістю працедавців та робітничих організацій.

- Сім'я відгукується на потреби фізичної особи на рівні емоцій, культури, внутрішніх правил та розміром сімейних ресурсів. Вона готує своїх членів до вступу в більшу спільноту, до соціальної адаптації.

- Громадські організації та неформальні системи підтримки (групи само- та взаємодопомоги) відіграють важливу роль як посередники між фізичною особою, державою, сім'єю та ринком. Часто вони надають ту соціальну допомогу, яку неспроможна надати держава, або надання якої їм делеговане державою.

Виділяють чотири складові соціальної політики:

- ринок;
- сім'ю;
- громадські організації;
- державу.

- Держава:
- **законодавча;**
- **виконавча;**
- **судова влада.**

Одним із сучасних процесів у Західній Європі є потужний розвиток добровільного (недержавного) сектора, який бере на себе частину функцій, що раніше виконували безпосередньо державні служби.

Складний період соціальних трансформацій та економічної нестабільності, що його переживає Україна сьогодні, позначився на розвиткові нових форм участі громади у розв'язанні соціальних проблем. За статистикою, 1991 року було зареєстровано 319 з діючих на сьогодні громадських організацій, 1992 року — 1356, а 1993 року — 3257.

За даними на 1 січня 2000 року, у країні діє понад 20 тисяч недержавних організацій (НДО). Серед них — чимало організацій (благодійних, громадських, приватних тощо), які серед своїх статутних завдань визначають, зокрема, надання соціальних послуг різним категоріям населення. Так, зареєстровано понад 900 організацій, які опікуються розв'язанням проблем інвалідів, майже 1200 працюють з людьми похилого віку.

Кількісний аналіз громадських організацій за територією свідчить, що найбільша їх кількість діє сьогодні у м. Києві (1850), Дніпропетровській, Донецькій, Львівській областях.

У країні більшість таких організацій лише роблять перші кроки, проте продовжують роботу й ті НДО, що користуються державною підтримкою ще з часів повоєнних. Це Товариства УТОГ, УТОС, Український Червоний Хрест, його місцеві відділення та ін.

Однак ще важко визначити, яку реальну роль відіграє та чи та інституція в реалізації соціальної політики України.

Мета та завдання соціальної політики

У рамках соціальної політики існує конкретна *практична* мета — надання особливого захисту й допомоги бідним і малозахищеним групам.

Також спеціальну увагу приділяють розв'язанню або полегшенню соціальних проблем, що їх можуть спричинити економічні обставини або несподівана чи ненормальна поведінка.

Крім цього, постійним прагненням є сприяння посиленню соціальної солідарності — зменшення нерівності в суспільстві та уникнення економічної й соціальної маргіналізації населення.

Загалом, соціальна політика — неозначне поняття, пов'язане з низкою заходів уряду, спрямованих на підвищення добробуту населення. До неї можуть входити такі різномірні компоненти, як тактика та програми соціального захисту.

Отож, на *практичному рівні* інколи визначають, що соціальна політика — це діяльність уряду в таких сферах, як:

- *зайнятість населення;*
- *житлова політика;*
- *система охорони здоров'я;*
- *освіта;*
- *система соціального забезпечення.*

"Основні напрями соціальної політики України на період до 2004 року" містять такі розділи, що репрезентують сфери діяльності уряду:

- *ринок праці та зайнятість населення;*
- *реформування трудових відносин;*
- *удосконалення системи оплати праці та доходів населення;*
- *реформування системи соціального забезпечення населення;*
- *захист громадян як споживачів;*
- *гуманітарна політика;*
- *регіональна соціальна політика.*

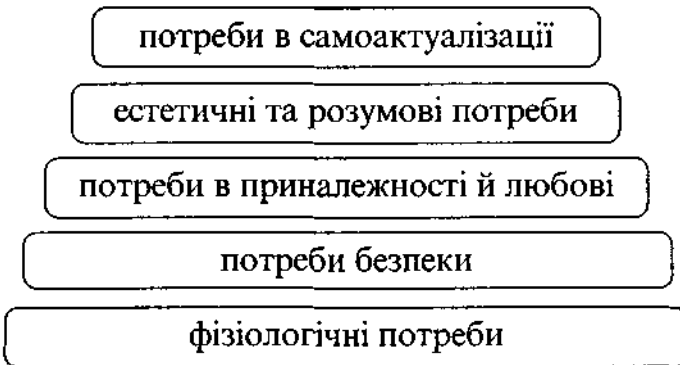
Можна простежити три головних напрями соціальної політики:

- передбачення і при потребі реалізація державних гарантій для пом'якшення входження суспільства в рівновагу після надзвичайних подій (наприклад, природних і техніко-технологічних катастроф, епідемій, голоду тощо);
- перерозподіл ресурсів задля забезпечення всім соціальним групам суспільства певного рівня життя з метою зняття можливого соціального напруження;
- регулювання способу життя громадян заохочувальними (наприклад, безподаткове благодійництво) та репресивними (наприклад, боротьба з порнографією, наркотиками тощо) засобами.

Вважається, що соціальна політика є інструментом інтеграції національної держави.

У наші дні переважає думка, що соціальна політика — один із видів регулювання держави, яка зветься "державою загального добробуту". І що сам розвиток ускладненої соціальної політики — фундамент сучасної держави загального добробуту — супроводжує пізню стадію промислової революції.

Коли говорять про соціальну політику на рівні людських потреб, то йдеться про заходи й програми, що мають задовольняти основні фізіологічні, соціальні, духовні потреби людини, які відомий психолог Абрам Маслоу представив у вигляді ієрархічної піраміди:



Ми можемо знайти співвідношення між напрямками реалізації соціальної політики й потребами людини. Отож, пересічна людина оцінює соціальну політику через задоволення своїх потреб.

Крім потреб, при оцінюванні соціальної політики використовують і рівень дотримання у даній країні прав людини. Бо коли ми подивимося, наприклад, на Загальну декларацію прав людини, то побачимо, що в її статтях зафіксована спроба гарантувати забезпечення саме основних людських потреб.

Декларація прав людини є тією документальною базою, яка визначає концептуальні рамки національного законодавства, зокрема українського. Але заради справедливості потрібно відзначити, що контроль за дотриманням прав людини, зокрема права на гідні умови життя, — річ досить непро-

ста й суперечлива. Механізм реалізації потреб людини в соціальній політиці недосконалий.

Варто зауважити, що коли говорять про права людини, то частіше ведуть мову не про соціальну політику, а про соціальну державу.

Соціальна держава

Стаття 1 Конституції України говорить про те, що наша держава є "суверенною і незалежною, демократичною, соціальною, правовою". Що таке "соціальна держава"? Заведено розрізняти теорію (Конституція) й практику держави, що ґрунтується на конституційних нормах. Коли підсумувати різні міркування щодо теорії соціальної держави, зокрема досить обсягову статтю в "Малій енциклопедії етнознавства" [22], то можна дати визначення, що якщо говорять про соціальну, правову, демократичну державу, то мають на увазі, що соціальну політику здійснюють не тільки через державні інституції, а ще й на рівні громадянського суспільства, його інституцій (церква, партії, спілки за професією та інтересами, благодійні фонди та організації тощо). Залишається простір і для регіональної соціальної політики на рівні самоврядних земель, областей, міст тощо.

Чи є наявність соціальної політики гарантією соціальної держави? Наразі соціальна політика є необхідною, але недостатньою умовою існування соціальної держави. Як стверджують деякі соціологи, оскільки кінцевою метою соціальної політики держави є врешті її самозбереження, відтворення, то можна назвати чимало прикладів — від колишнього СРСР і Третього Райху до сучасної Куби і Північної Кореї, коли ми маємо справи з державами, які неправильно було б назвати ані соціальними, ані правовими, хоча заперечити наявність соціальної політики важко [23].

Соціальна держава — це держава, яка послідовно проводить політику, спрямовану на захист прав людини.

Українська держава в Конституції зафіксувала соціальні права громадян, зокрема право на соціальний захист, що включає право на забезпечення в разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом.

Інструменти соціальної політики

Соціальна політика, як будь-яка інша діяльність, для досягнення своїх цілей може використовувати певний набір інструментів.

Застосування різноманітних інструментів, їх поєднання допоможе розв'язати соціальну проблему комплексно: попередити її виникнення в майбутньому та вплинути на вже існуючі наслідки. Поданий нижче матеріал

ґрунтується на аналізі, зробленому Т. Ганслі (Канада) та О. Івановою (Україна) [24].

Одним із поширених інструментів в Україні є **фінансова допомога**, якою намагаються покращити всі існуючі соціальні негаразди. Інструмент, безумовно, необхідний, але ефективність соціальної політики в Україні буде низькою, якщо, захопившись фінансовими (грошовими) допомогоюми, не розглядатимуть можливостей паралельного використання інших її інструментів.

Часто ефективнішим виявляється надання **безготівкової допомоги**. Прикладами такої допомоги є житлові субсидії, часткове зменшення вартості товарів та послуг тощо.

Оподаткування. Важливим аспектом застосування цього інструмента в Україні на сьогодні є введення податкових пільг (для малозабезпечених сімей, на утриманні яких перебувають важкохворі або інваліди, котрі потребують постійного догляду і при відсутності останнього потрапляють під опіку держави; для молодого подружжя при народженні дитини; для сімей, які всиновлюють, беруть на утримання (fostering) дитину або людину похилого віку; для безробітних, що починають власний бізнес).

Послуги. Перекваліфікація на більш конкурентоспроможну спеціальність, хоча з першого погляду вона потребує більше затрат, проте ефективніша за наслідками, ніж довготривале надання допомоги по безробіттю; послуги по догляду вдома за самотніми інвалідами та людьми похилого віку в багатьох випадках вдало замінюють утриманням їх у будинках-інтернатах для старих та інвалідів.

Безумовно, профілактичні заходи обходяться державі дешевше, ніж боротьба з наслідками; в Україні їм приділяють увагу, але аналіз ситуації, що склалася, доводить, що ця увага недостатня.

До групи інструментів соціальної політики, що використовуються для профілактичних заходів, можна віднести:

Консультавання, рекомендації чи заохочення бажаної діяльності. Консультаційні та рекомендаційні програми щодо підтримання здорового способу життя, планування сім'ї, профорієнтаційне консультавання.

Інформація. Інформація про наслідки, що їх може спричинити та чи та діяльність (вживання наркотиків, тютюну, можливі шляхи отримання ВІЛ). Обізнаність людей щодо існуючих соціальних установ, грошових виплат, соціальних послуг підвищують їх дієвість. Інформаційної підтримки потребують пенсійна реформа і програма адресної допомоги.

До основних інструментів соціальної ПОЛІТИКИ відносять:

- фінансову допомогу;
- безготівкову допомогу;
- оподаткування;
- послуги;
- консультавання, рекомендації чи заохочення бажаної діяльності;
- інформацію;
- заборону або обмеження певних дій;
- спеціальні стягнення;
- правові статуси;
- угоди;
- заходи стосовно взаємодії груп населення та установ.

Заборона або обмеження певних дій. Заборона будь-якої дискримінації, зокрема при прийомі на роботу; заборона або обмеження реклами тютюну, алкоголю.

Спеціальні стягнення за персонально чи соціально небезпечну поведінку у вигляді штрафів, додаткових податків. Наприклад, зловживання алкоголем та тютюном веде не тільки до "саморуйнування", але й має вплив на оточуючих (зокрема "пасивне куріння"), що призводить до зростання витрат на лікування осіб, котрі постраждали внаслідок цього. В деяких країнах — що можна запозичити Україні — встановлено високі штрафи за паління в громадських місцях. У Законі України про рекламу алкоголю і тютюну передбачено додатковий податок, з якого фінансуватимуть соціальну рекламу.

Також хотілося б звернути увагу на можливості використання у нас деяких інших інструментів соціальної політики.

Правові статуси. Надання статусів, що мають надавати певні права та визначати обов'язки держави перед їхніми носіями (статус ветерана війни, ліквідатора аварії на ЧАЕС, безробітного, біженця, народного депутата), широко використовують в Україні. Внаслідок цього, як і в інших країнах, можемо спостерігати зростання "менталітету заслуг" — люди починають дуже багато очікувати від держави, що особливо небезпечно в період, коли її ресурси обмежені. Ситуація в Україні потребує перегляду існуючих статусів та розгляду надання деяких нових (наприклад, статусу частково безробітного, що дасть можливість замість субсидування заробітної плати державою на безперспективних підприємствах включити людину в активний пошук перспективної роботи, надати можливість перекваліфікації через службу зайнятості).

Для розв'язання деяких проблем у сфері зайнятості, соціального захисту використовують різноманітні **угоди**. А саме: міжнародні угоди між країнами щодо регламентації трудової міграції, пенсійного забезпечення мігрантів; угоди між соціальними партнерами — тарифні угоди про субсидування модернізації нерентабельних чи застарілих виробництв для запобігання безробіттю та інші.

Заходи стосовно взаємодії груп населення та установ. Це інструмент, на який варто звернути пильну увагу і який найменше використовують в Україні головним чином через нерозробленість механізму застосування, недосконалість правового регулювання. Це може бути впровадження пенсійних програм за місцем роботи, створення інших соціальних програм, доповнюючих або альтернативних державним. Сюди також відносимо більш-менш знайоме в Україні укладання колективних договорів.

Формування соціальної політики

У формуванні соціальної політики можна виділити п'ять стадій:

1) **формулювання проблеми** (визначення приймати чи не приймати певну соціальну програму);

- 2) **фаза намірів** (з'ясування різних ідей щодо цієї соціальної програми);
- 3) **фаза рішення** (схвалення запропонованих рішень повноважним органом);
- 4) **фаза планування** (визначення механізму виконання);
- 5) **фаза попередніх оцінок** (контроль за фактичним перебігом соціальної програми, експертиза та оцінка).

Неефективна соціальна політика (або, як кажуть у народі, "погана соціальна політика") — це теж політика. Тому важливо розуміти як передумови, так і механізм формування соціальної політики, а також вміти аналізувати наслідки такої політики. Чимало змін впроваджувалося в Україні без належної експериментальної підготовки. Доволі часто бракувало фази планування змін, тобто визначення механізму виконання.

Варто відзначити й той факт, що у нас "невирішеність соціальних питань та зубожіння значної частини населення, великі суми заборгованості з виплат заробітної плати та пенсій, вимушені простой у багатьох галузях виробництва й відповідно приховане та відкрите безробіття, стагнація медицини, сфери послуг, освіти, науки та культури, низький рівень динамізму української економіки, недостатня реакція сфери виробництва на стабілізаційні процеси в макроекономіці є результатом **незавершеності реформ, їх некомплексності, а в деяких випадках і суперечностей**" [25].

В Україні формування соціальної політики відбувається на рівні законодавчої та виконавчої влади. Конституцією нашої держави визначено, хто має право законодавчої ініціативи. Це, зокрема, Президент України, Кабінет Міністрів, народні депутати України, Національний банк.

Законодавчі акти ухвалює Верховна Рада України, де існує декілька комітетів з соціальних питань, зокрема Комітет із соціальної політики та праці.

Деякі рішення ухвалюються Указами Президента України.

Виконавцями є відповідні виконавчі органи — Кабінет Міністрів, держадміністрації, наукової та експе-

Документальна база соціальної політики



Фінансування соціальної політики

Джерелами фінансування соціальної політики в Україні можна вважати:

- податки громадян, з яких формуються державний та місцевий бюджети;
- внески (нарахування на заробітну плату) працюючих, які йдуть до Пенсійного Фонду, Фонду зайнятості, Фонду соціального страхування тощо, а також спеціальні збори — податки до Пенсійного Фонду — при купівлі квартир, золотих виробів, за користування мобільним телефоном тощо;
- благодійні внески громадян та організацій, міжнародна грошова та гуманітарна допомога.

Пріоритети соціальної політики України на 2000—2004 роки

Найважливіші риси системи соціального захисту

Метою соціальних реформ в Україні має стати поступовий перехід від суто адміністративно-розподільчих до переважно економічних методів мобілізації та використання ресурсів соціальної сфери; переорієнтація системи соціального захисту до надання допомоги працездатним в їх підготовці до праці, залучення до виробництва та стимулювання останнього; використання адресних соціальних програм для найбільш вразливих верств населення.

Організація системи соціального захисту вимагає від держави виконання своїх зобов'язань перед громадянином, а від громадян відповідно виконання їхніх зобов'язань перед державою. Держава порушує ці зобов'язання (не сплачує своєчасно пенсій, заробітної платні, стипендій) внаслідок того, що немає надходжень до бюджету. Нерідко виявляється й таке, що перерахування коштів зроблено, а гроші використовувалися певний час банками, комерційними структурами, керівниками підприємств на інші цілі.

Значною мірою підприємці уникають виконання своїх зобов'язань перед державою. Це помітно в сфері оплати праці. В деяких комерційних структурах, як свідчать перевірки, заробітна плата є низькою, але влаштуватися на роботу туди дуже складно. А справа пояснюється досить просто. Більша частина заробітної плати виплачується неофіційно. Втрачені для оподаткування кошти в разі їх надходження могли б піти на підвищення оплати пенсіонерів, вчителів, лікарів.

Невідповідність між обсягом соціальних зобов'язань, що перейшли від адміністративно-розподільчої економіки, і витрат держави, з одного боку, витрат і надходжень, що впливають із нинішнього стану економіки, з другого, зумовлюють кризу системи соціального захисту. Її подолання не стане автоматичним наслідком виробничого піднесення.

Особливості побудови систем соціального захисту:	
в адміністративно-розподільчій економіці	в ринковій економіці
За економічною основою	
Домінує державна власність.	Досягнуто поєднання різних форм власності, що взаємодіють та конкурують між собою.
За участю у виробництві	
Участь громадян у суспільному виробництві є обов'язковою, що гарантовано та контролювано державою.	Участь у виробництві держава не гарантує.
За джерелами доходів	
Основне джерело доходів працездатних — оплата за найм робочої сили.	Джерела доходів є різними: оплата найму робочої сили, капітал, рента, проценти.
За формою надання	
Система включає багато елементів, що носять нетоварний характер для споживачів — дотації на ціни, безплатне медичне обслуговування, натуральні пільги тощо, вартість яких не завжди обраховується.	Система виходить із товарної природи всіх соціальних пільг, передбачає їх вартісну оцінку та оплату.
За масштабами охоплення	
Система носить загальний, слабо диференційований характер.	Система передбачає диференціацію рівня соціального захисту в залежності від змісту потреб, рівня і джерел доходів.
За характером одержання	
Поєднання індивідуальних та колективних, грошових та натуральних форм.	Переважно індивідуальні, грошові форми.
За формуванням інфраструктури	
Інфраструктура створюється і утримується як за рахунок держави, так і за рахунок витрат підприємства.	Інфраструктура створюється і утримується переважно за рахунок оплати соціальних послуг, частково за рахунок благодійної діяльності, державних і муніципальних коштів.
За відповідністю характеру процесу відтворення	
Зорієнтована на вимоги екстенсивного розвитку.	Зорієнтована на вимоги інтенсивного розвитку.
Основний недолік	
Відсутність взаємозв'язку з інтенсивністю та результатами оплати праці, зрівнялівка.	Нестабільність існування, непевність у перспективах.

Реформування системи соціального захисту в Україні (внаслідок економічної кризи і розбіжностей у розумінні методів) затяглося, очікує прийняття ряд відповідних законопроектів. Щодо їх змісту тривають дискусії; адже майбутнє країни залежить від виваженості сьогоднішніх рішень.

Пріоритети соціальної політики

24 травня 2000 року Президент України підписав Указ "Про Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року". В їх основу покладено Стратегію соціального та економічного розвитку на 2000 — 2004 роки "Україна: поступ у XXI століття".

Найголовнішим пріоритетом соціальної політики держави є створення необхідних умов для підвищення рівня життя населення [26].

Пріоритетами соціальної політики на цей період також визначено:

- розвиток трудового потенціалу;
- формування середнього класу;
- недопущення надмірної диференціації населення за рівнем доходів;
- проведення пенсійної реформи;
- надання адресної підтримки незахищеним верствам населення;
- всебічний розвиток освіти, культури;
- поліпшення охорони здоров'я населення.

Логіка нового етапу перетворень передбачає, що визначальні напрями соціальної політики повинні дедалі більше зосереджуватися на працюючому населенні. Не послаблюючи піклування про малозабезпечених (це було і залишається обов'язком держави), соціальна політика має крок за кроком утверджувати умови, що дають кожному трудівникові можливість підвищувати свій добробут завдяки особистому трудовому внеску, підприємництву та діловій активності, реалізації в процесі приватизації частки державної власності [27].

На одне з чільних місць у соціальній політиці поставлено проблему глибокого реформування системи заробітної плати. Причому ці зміни не можуть бути здійснені як одноразовий акт. Зрозуміло, що соціальна і економічна політика є взаємозалежними, і без розвитку виробництва важко говорити про нові принципи організації оплати праці. Важливим є поступове підвищення мінімальної заробітної плати до межі малозабезпеченості. А головне — забезпечення зростання не номінальної, а реальної заробітної плати.

Наступна проблема, що потребує максимальної уваги, — це проблема зайнятості. Необхідно впровадити комплексну програму захисту тих, хто потрапив до лав безробітних.

Ще одне питання соціальної політики — це запровадження мінімальних соціальних стандартів, на основі яких держава може суттєво посилити регулювання соціальної сфери. Це саме стосується і реформування системи соціального страхування та проведення пенсійної реформи.

Реформування у сфері пенсійного забезпечення

Пенсійна реформа — це процес, який вимагає, щоб була певна фінансова та економічна стабільність, продумане законодавче забезпечення, підготовка фахівців до роботи в новій пенсійній системі, розуміння громадськості. Громадяни України повинні відчувати, що уряд бачить у пенсійній реформі не самоціль, а крок на шляху до підвищення достатку людей. Крок, який потрібно добре зважити й ретельно обміркувати, перше ніж зробити.

Наприкінці 90-х років український уряд почав активно працювати над підготовкою до пенсійної реформи. Це було зумовлено загостренням демографічних та макроекономічних проблем. Висока ставка податку, значний тіньовий сектор, низький рівень дисципліни у сплаті відрахувань, велика чисельність пенсіонерів, серед яких багато пільговиків, та очікувані несприятливі демографічні зміни, — все це змушувало переглянути концепцію пенсійного забезпечення.

В Україні пенсійна реформа має на меті два головних завдання: надати працівникові впевненості щодо пенсійного забезпечення в майбутньому й залучити тіньовий сектор до офіційної економіки за допомогою зменшення загального рівня податків на зарплату і створення належних стимулів для участі в пенсійній програмі [28].

У квітні 1998 року Президент України підписав Указ "Про основні напрями реформування пенсійного забезпечення в Україні". Відповідно до Указу здійснено комплекс заходів щодо поетапного впровадження протягом 1999—2000 років автоматизованого персоналізованого обліку страхових внесків до Пенсійного Фонду [29].

У травні 2000 року Кабінет Міністрів України надіслав до Верховної Ради законопроект "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування", який розробляли й обговорювали фахівці впродовж кількох років. У проєкті закладено методи реформування існуючої солідарної системи і запропоновано поступове запровадження нових засад, ґрунтованих на індивідуальних накопичувальних рахунках.

Накопичувальна система передбачає, що внески кожного громадянина реєструють як особисті на персоналізованому рахунку, а згодом пенсію нараховують залежно від реальних внесків, сплачених упродовж усього періоду зайнятості. Таким чином встановлюють залежність між внесками та величиною пенсійних виплат. Центральним моментом при переході на накопичувальну систему є зменшення податку на заробітну плату, а також те, що має гарантуватися збереження пенсійних заощаджень. Це стимулюватиме працюючих брати участь у такій пенсійній системі й сприятиме залученню до офіційної економіки працівників, зайнятих у неформальному секторі.

Зрозуміло, що частина відрахувань має йти в нинішню, так звану солідарну, пенсійну систему. Бо необхідно подбати й про тих, хто вже не робитиме пенсійних заощаджень на свій власний рахунок, — теперішніх пенсіонерів: на-

ших матусь, бабусь, батьків, дідусів... Нове законодавство повинно визначити й цей механізм, встановити, скільки працівник має сплачувати в солідарну, а скільки — в накопичувальну систему.

Одним із перспективних напрямів пенсійної реформи в Україні можна вважати впровадження недержавного пенсійного забезпечення. Українські урядовці працюють над розробленням ще одного законопроекту, який би регламентував механізми пенсійних заощаджень у недержавних фондах.

Що стосується доволі "непопулярної" в громадській думці пропозиції щодо збільшення віку виходу на пенсію, то все на свої місця розставляють демографічні тенденції: зростає кількість пенсіонерів та зменшується частка тих, хто працює. Нині в Україні майже третина населення — пенсіонери. Середній вік виходу на пенсію — для чоловіків 58 років, для жінок — 54 роки. Це найнижчий показник в Європі. Тим часом народжуваність скорочується, зростає смертність населення у працездатному віці, основна частина іммігрантів — теж люди працездатного віку... Отож, хоча головний напрям реформування — це впровадження індивідуальних пенсійних рахунків для тих, хто нині працює, пропонується також поступове й гнучке збільшення віку виходу на пенсію. Для визначення пенсійного віку важливими є: очікувана тривалість життя в момент виходу на пенсію, демографічне навантаження, тобто співвідношення між людьми працездатного та непрацездатного віку, кількість платників та розміри податків до пенсійних фондів. Так, нинішня середня очікувана тривалість життя для чоловіків (62,5 роки) не заперечує збільшення пенсійного віку, оскільки доволі високою є смертність серед чоловіків середнього віку, а середня очікувана тривалість життя в момент виходу на пенсію в 60 років складає ще 14,2 роки, а у жінок при досягненні 55 років — ще 22,5 роки [30].

Поступове збільшення пенсійного віку є необхідним, але не ключовим моментом в українській пенсійній реформі. Головне — у кожного працюючого буде власний пенсійний рахунок та диференційована пенсія, а це вигідно. Пенсійна реформа, її підготовка та реалізація — доволі тривалий і складний процес. Український уряд вважає це одним із своїх пріоритетних завдань, що перебуватиме під постійним контролем.

Перехід до нової пенсійної системи — справа не одного дня, він потребує злагодженої праці всіх — законодавців, урядовців, виконавців, їхнього розуміння спільної мети — турботи про інтереси громадян України. Коли проєкт Закону "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування" буде ухвалено, можна буде говорити про початок реальної пенсійної реформи.

Реформування системи соціальної допомоги

У попередній урядовій програмі "Основні напрями соціальної політики на 1997 — 2000 роки", схваленій Указом Президента від 8 жовтня 1997 року, передбачалося, що "основним змістом реформ системи соціальної допомоги бу-

де поглиблення адресної соціальної підтримки малозабезпечених верств населення, в першу чергу непрацездатних громадян, на основі врахування матеріального становища сімей, підвищення ефективності використання фінансових коштів, що виділяються для соціальних потреб".

Першим кроком на шляху реалізації наміченої програми стало запровадження механізму надання адресної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям, який базується на визначенні доходу сім'ї, її кількісного та "якісного" складу. Наступним кроком стало вдосконалення цього механізму, яке дозволило враховувати і майновий стан родини при визначенні права на адресну соціальну допомогу малозабезпеченій сім'ї. Отже, започатковано механізм, який дасть змогу врахувати всі наявні ресурси сім'ї, її можливості до самозабезпечення і надавати допомогу найбільш нужденним сім'ям, саме тим, хто її найбільше потребує.

Проте поряд з існуючим механізмом продовжують діяти і ті механізми, які дозволяють надавати допомогу без врахування доходів сім'ї. Так, наприклад, відповідно до Закону України "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" надається 11 видів державної допомоги сім'ям, які мають дітей. Лише три з них надають з урахуванням сукупного доходу сім'ї. Звичайно, враховуючи демографічну ситуацію, мабуть, не варто було б говорити зараз про призначення допомоги на дітей лише тим сім'ям, які її потребують.

Тому "Основними напрямками соціальної політики на період до 2004 року" обумовлено, що реформування системи надання соціальної допомоги має ґрунтуватися на підтримці найбільш вразливих верств населення (через гарантування мінімального сукупного доходу сім'ї).

Для досягнення цієї мети необхідно:

- поглибити адресність державної соціальної допомоги через упорядкування пільг та допомог, що надаються різним категоріям населення;
- удосконалити механізм надання субсидій на оплату житла, комунальних послуг, палива;
- запровадити для окремих категорій громадян залежно від рівня їхніх доходів надання субсидій на послуги, пов'язані із забезпеченням життєдіяльності (користування транспортом, телефоном тощо);
- реформувати нормативно-правову базу надання адресної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям та самотнім непрацездатним особам на основі урахування їхнього сукупного доходу;
- створити систему контролю за ефективним і раціональним використанням коштів для надання державної соціальної допомоги;
- впровадити єдину обліково-інформаційну систему одержувачів соціальної допомоги.

Адресна підтримка соціально незахищених верств населення базуватиметься "на принципах розподілу відповідальності між державою, роботодавцями та громадянами" (із "Стратегії економічного та соціального розвитку на 2000 — 2004 роки").

Об'єднання всіх діючих програм надання державної грошової допомоги в одну дасть змогу зменшити адміністративні видатки на організацію надання допомоги, спростити механізм її надання, полегшити малозабезпеченим сім'ям процедуру оформлення документів для призначення допомоги, використати можливості сім'ї до самозабезпечення, підвищити ефективність використання фінансових коштів, що виділяються для соціальних потреб.

Оскільки "об'єктом державної соціальної допомоги має виступати сім'я відповідно до рівня її доходу" (із Стратегії економічного та соціального розвитку на 2000 — 2004 роки), право на соціальну допомогу таких осіб визначатиметься з урахуванням середовища, в якому вони проживають, та достатку сім'ї.

Будь-які зміни в цій сфері необхідно проводити дуже обережно через те, що соціальна допомога стосується найвразливіших верств населення. За попередні роки було напрацьовано чималий масив нормативних актів, що законодавчо гарантували надання соціальної допомоги багатьом верствам населення. Слід усвідомлювати, що такі перетворення вимагають часу, формування суспільної думки про відповідальність сім'ї за своє забезпечення насамперед, і підтримку держави у надзвичайних ситуаціях. Потрібно розуміти, що за будь-якими законодавчими перетвореннями мають стояти реальні фінансово-економічні обґрунтування, які підтверджують реалістичність запровадження тих чи тих пропозицій.

Реформування системи соціального обслуговування

Незважаючи на складні економічні умови, які склалися в державі, та обмеження у фінансовому забезпеченні будинків-інтернатів, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів, самотніх непрацездатних громадян, вдалося не тільки зберегти мережу цих установ, а й розширити її.

На 1 січня 2000 року в Україні 276 будинків-інтернатів обслуговували близько 48 тисяч громадян похилого віку та інвалідів.

Упродовж 1999 року 700 територіальних центрів та 60 самостійних відділень обслужили вдома близько 600 тисяч самотніх непрацездатних громадян. Через ці служби понад три мільйони громадян цієї категорії отримали грошову та натуральну допомогу на 130 мільйонів гривень. *(Також див. главу "Соціальна робота з людьми похилого віку".)*

З позицій Міністерства праці та соціальної політики, визначальними завданнями державної системи соціального обслуговування на сьогодні є:

- завершення створення в кожному районі, місті, районі міста територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів, інвалідів, самотніх непрацездатних громадян на базі діючих відділень соціальної допомоги;
- надання необхідної допомоги будинкам-інтернатам для громадян похилого віку та інвалідів для розширення і розвитку підсобних господарств з ме-

тою максимального забезпечення потреб підопічних в основних продуктах харчування власного виробництва;

- сприяння розвитку переробної галузі сільськогосподарської продукції власного виробництва і створенню різноманітних виробничих підрозділів з виробництва товарів повсякденного попиту для власних потреб;

- урахуваючи реформування АПК, розв'язати проблему подальшого функціонування міжколгоспних будинків-інтернатів і створення мережі спеціальних житлових будинків із комплексом служб соціально-побутового обслуговування самотніх непрацездатних ветеранів війни та праці, пенсіонерів та інвалідів, які проживали в сільській місцевості [31].

"Основними напрямками соціальної політики на період до 2004 року" передбачений розвиток мережі установ, які повинні займатися організацією соціального обслуговування за місцем проживання.

Перспективними визначено такі заходи:

- залучення до співпраці з державними установами громадських організацій, фондів для надання допомоги малозабезпеченим верствам населення;

- запровадження платних послуг у домашніх умовах та в інтернатних установах для матеріально забезпечених верств населення;

- будівництво спеціальних житлових будинків для ветеранів війни та праці з комплексом служб соціально-побутового й медичного призначення;

- створення центрів та будинків соціальної реабілітації та адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, та тих, які втратили соціально корисні зв'язки;

- забезпечення будинків-інтернатів системи соціального захисту населення основними продуктами харчування за рахунок розвитку підсобних селянських господарств і міні-виробництв із переробки власної продукції.

Реалізація соціальної політики може бути досягнута шляхом запровадження відповідних механізмів:

- нормативно-законодавчих, до яких можна віднести становлення комплексної системи соціальних стандартів, розроблення соціального бюджету як складової частини Державного та місцевого бюджетів, декларування сімейних бюджетів для визначення права на отримання адресної допомоги;

- економічних — зміни системи оподаткування, розв'язання проблеми розвитку національного ринку споживчих товарів і послуг, захист вітчизняного виробника;

- соціально-політичних — запровадження системи тристороннього соціального партнерства, залучення до реалізації соціальних програм політичних партій і об'єднань громадян.

Зрозуміло, що деякі з пропозицій чи тверджень урядової програми соціальної політики неможливо впровадити найближчим часом. Однак складнощі нинішньої ситуації (брак належних ресурсів) не виправдовує зволікання з початком розроблення нових підходів до реалізації соціальної політики.

"Говорять, що не помиляється тільки той, хто сидить склавши руки і нічого не робить. Ми ж узяли на себе незвично важку ношу — перебудувати старі, давно зужиті наслідки тоталітаризму, приниження людської особистості, ущемлення прав особи, світ ілюзій і омани. Ми шукаємо, ми діємо. Тому помилки неминучі. Від них ніхто не застрахований" [32]. Можна по-різному поцінювати результати, а також помилки та прорахунки соціальної політики, що реалізовувалася в перше десятиріччя становлення Української держави. Так само по-різному можна поцінювати поточну урядову програму соціальної політики. Але значно гірше, коли такої програми немає взагалі. Наявність продуманих і конкретних планів та намагання їх втілювати в життя — це крок до реальних змін у соціальній сфері.

Контрольні запитання

1. *Які існують передумови формування соціальної політики?*
2. *За яких умов відбувалося становлення сучасної соціальної політики України?*
3. *Що входить до сфери діяльності соціальної політики?*
4. *Які складові соціальної політики Ви знаєте?*
5. *Що є метою соціальної політики?*
6. *Як Ви розумієте поняття "соціальна держава"?*
7. *Які всі відомі інструменти соціальної політики?*
8. *Назвіть пріоритетні напрями соціальних реформ в Україні.*
9. *Як передбачається реформувати систему соціального обслуговування населення?*

Рекомендована література

1. Конституція України.
2. Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року, схвалені Указом Президента України від 24 травня 2000 року.
3. Гальчинський А. Україна: поступ у майбутнє. — К., 1999.
4. Ганслі Т. Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки. — К., 1996.
5. Іванова О. Передумови формування соціальної політики в Україні // Соціальна робота в Україні: перші кроки. — К., 2000.
6. Піковий М. Соціальне обслуговування одиноких непрацездатних громадян // Соціальний захист в Україні. — 2000. — № 5. — С.18—23.
7. Праця та соціальна політика в Україні: Збірник аналітично-статистичних матеріалів за 1999 рік. — К.: Соцінформ, 2000.
8. Пріоритети соціальної політики // Соціальний захист. — 2000. — № 3. — С.12—23.

Глава 5

ЗАКОНОДАВЧІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Навчальні цілі:

ознайомити з видами соціального забезпечення, передбаченими законодавством України;
охарактеризувати пенсійне забезпечення в Україні;
представити види допомоги сім'ям з дітьми;
ознайомити з переліком законодавчих та підзаконних нормативних актів, що стосуються соціального обслуговування громадян органами соціального захисту населення.

Законодавче забезпечення соціальної роботи не є сталим: Верховна Рада постійно ухвалює нові закони. Одночасно Президент України підписує відповідні укази, Кабінет Міністрів приймає постанови, а Міністерство праці та соціальної політики України, як і інші міністерства, випускає власні нормативні акти, обов'язкові для виконання всіма працівниками системи соціального захисту населення.

У цій главі подано деякі нормативно-законодавчі матеріали, які визначають порядок надання соціальної допомоги, призначення пенсій тощо й у такий спосіб регулюють соціальне забезпечення громадян України.

Організація соціального захисту населення в Україні

При переході України до соціально спрямованої ринкової економіки головна вага соціального захисту лягає на державу, але одночасно збільшується роль ринкового механізму у проведенні такої політики. Зважа-

ючи на статтю 25 Декларації прав людини, сучасна правова держава повинна гарантувати право на такий рівень життя, що враховує забезпечення людей їжею, одягом, житлом, медичним обслуговуванням, який необхідний для підтримки здоров'я, а також на соціальне забезпечення.

Соціальний захист громадян України гарантує Конституція України, де статтею 46 передбачено наступне: **"Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом"**.

Сьогодні система соціального захисту в Україні перебуває у стадії становлення й розвитку, тривають пошуки її оптимальної структури, основних функцій, провідних напрямів діяльності на різних рівнях. Призначення цієї роботи полягає в тому, щоб за допомогою нормативно-правових, економічних, фінансових, соціально-психологічних, організаційно-технічних засобів і важелів здійснювати підтримку і допомогу соціально вразливим групам населення чи окремим громадянам.

До державного рівня належать міністерства і державні комітети, які безпосередньо беруть участь у соціальному захисті населення, а саме: Міністерство праці та соціальної політики України, Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму, Міністерство освіти і науки, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Державний комітет у справах релігій, Міністерство фінансів, Міністерство внутрішніх справ тощо.

Відповідно до положення, затвердженого Указом Президента України від 30 серпня 2000 року, Міністерство праці та соціальної політики є головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері зайнятості, соціального захисту населення, соціального страхування, оплати, нормування та стимулювання праці, охорони і умов праці, пенсійного забезпечення, соціального обслуговування населення, соціально-трудова відносин.

Система соціального захисту населення, яка входить у сферу управління Міністерства праці та соціальної політики України, охоплює понад 4000 установ, закладів та промислових підприємств, у тому числі:

- 27 регіональних та більше 730 місцевих управлінь праці та соціального захисту населення;
- 750 територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян;
- 275 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів;
- п'ять санаторіїв;

Нині в структурі соціального захисту населення України можна виділити такі рівні:

- ◆ державний;
- ◆ регіональний;
- ◆ трудовий колектив;
- ◆ недержавний.

- шість навчальних закладів;
- Український виробничий протезний концерн "Укрпротез", протезно-ортопедичні підприємства;
- Державний центр зайнятості, регіональні центри зайнятості;
- Фонд України соціального захисту інвалідів, регіональні відділення;
- Державний комітет України у справах ветеранів та ін.

До регіонального рівня належать Міністерство праці та соціального захисту Автономної Республіки Крим, органи праці та соціального захисту областей, міст Києва і Севастополя, органи праці та соціального захисту міст та районів України, управління, комісії, комітети місцевих Рад і держадміністрацій, інші організаційні структури соціального захисту населення.

Керівна роль у здійсненні соціального захисту на обласному рівні належить головним управлінням праці та соціального захисту населення обласних, Київської міської державних адміністрацій та управлінню праці та соціального захисту населення Севастопольської міської державної адміністрації. Першочерговим завданням управління є забезпечення на відповідній території реалізації державної політики у сфері соціально-трудових відносин, безпечної життєдіяльності, оплати, охорони і належних умов праці, зайнятості, пенсійного забезпечення, соціального захисту та обслуговування населення, в тому числі громадян, які потребують допомоги та соціальної підтримки з боку держави.

З метою наближення соціальних послуг до користувачів соціальну роботу сьогодні найбільше активізують на місцях, тобто в районах. Соціальний захист в районах здійснюють управління праці та соціального захисту населення районної, районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій. Управління забезпечують у межах своїх повноважень дотримання законодавства про працю, охорону праці, зайнятість, загальнообов'язкове державне соціальне страхування, пенсійне забезпечення, соціальний захист населення.

Управління відповідно до покладених на нього завдань:

- забезпечує реалізацію заходів, спрямованих на посилення мотивації до праці, удосконалення її організації, оплати та нормування;
- аналізує ситуацію в соціально-трудовій сфері на відповідній території, стан справ з укладенням колективних договорів на підприємствах, в установах та організаціях; сприяє організації переговорного процесу між сторонами соціального партнерства, надає їм організаційно-методичну допомогу; забезпечує у межах своїх повноважень дотримання законодавства з питань колективно-договірного регулювання соціально-трудових відносин, розв'язання колективних трудових спорів (конфліктів); здійснює реєстрацію, облік, зберігання колективних договорів, змін та доповнень до них;
- бере участь у розробленні та забезпечує разом з іншими структурними підрозділами районної, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян

здійснення заходів регіональної програми з питань охорони праці, впровадження регіональної системи запобігання травматизму невиробничого характеру; сприяє впровадженню безпечних виробничих процесів і устаткування;

- вивчає стан використання трудових ресурсів, аналізує розвиток процесів, які відбуваються на ринку праці, готує відповідні пропозиції та прогнози, забезпечує і бере участь у розробленні та здійсненні територіальної програми зайнятості населення, заходів, спрямованих на реалізацію довгострокової державної політики розвитку трудового потенціалу;

- забезпечує діяльність комісій у справах альтернативної (невійськової) служби та комісій з розгляду питань, пов'язаних з наданням статусу учасника війни;

- здійснює державний контроль за охороною праці, додержанням законодавства про соціальний захист населення, своєчасну і не нижче визначеного державою мінімального розміру виплату заробітної плати, а також за своєчасним проведенням на підприємствах навчання та інструктажів, забезпеченням працюючих засобами індивідуального захисту, лікувально-профілактичним харчуванням, молоком, м'якими засобами, наданням працівникам пільг і компенсацій, передбачених законодавством;

- забезпечує соціальний захист працюючих, зайнятих на роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці, вживає заходів до якісного проведення атестації робочих місць на відповідність нормативно-правовим актам про охорону праці;

- бере участь у розслідуванні групових, а також смертельних нещасних випадків, професійних захворювань і аварій відповідно до законодавства; організовує розслідування, облік та аналіз нещасних випадків невиробничого характеру;

- організовує роботу з надання пільг інвалідам, ветеранам війни та праці, забезпечує надання населенню субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива;

- аналізує стан реалізації комплексних програм, здійснення заходів соціальної підтримки малозабезпечених верств населення, надання встановлених законодавством пільг соціально незахищеним громадянам та подає голові районної, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій пропозиції з цих питань;

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

- здійснює компенсаційні виплати інвалідам на бензин, технічне обслуговування та ремонт автомобіля, транспортне обслуговування інвалідів, а також вартості санаторно-курортного лікування;

- до передачі функцій з призначення та виплати пенсій Пенсійному фонду приймає заяви та інші документи, на підставі яких призначає пенсії та допомогу, формує банк даних одержувачів соціальної допомоги за категоріями

сімей та видами допомоги, здійснює перерахунок раніше призначених пенсій та допомоги;

- забезпечує цільове використання бюджетних асигнувань, передбачених на соціальний захист населення;
- організовує роботу соціальних інспекторів;
- видає пенсійні посвідчення, посвідчення ветеранів війни, "Ветеран праці";
- надає консультаційно-правову допомогу підприємствам, установам та організаціям усіх форм власності з підготовки документів для призначення пенсій, а також сприяє громадянам в одержанні документів, необхідних для призначення пенсій та допомоги;
- сприяє впровадженню персоніфікованого обліку відомостей у системі загальнообов'язкового державного пенсійного страхування;
- проводить інвентаризацію пенсійних особових справ і особових рахунків пенсіонерів та осіб, які одержують допомогу;
- подає пропозиції органам місцевого самоврядування щодо встановлення нормативів робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, сприяє створенню виробництв, цехів і дільниць для використання їхньої праці, професійно-технічному навчанню і перекваліфікації інвалідів, перевіряє на підприємствах, в установах та організаціях усіх форм власності умови праці інвалідів;
- організовує матеріально-побутове обслуговування інвалідів, ветеранів війни та праці, їх санаторно-курортне лікування, надання протезно-ортопедичної допомоги, забезпечує інвалідів транспортними засобами;
- створює мережу і організовує роботу територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та інвалідів, контролює якість та своєчасність надання ними соціальних послуг;
- вносить пропозиції щодо встановлення піклування над повнолітніми дієздатними особами, які за станом здоров'я потребують догляду;
- забезпечує у разі потреби влаштування до будинків-інтернатів (пансіонатів) громадян похилого віку та інвалідів, надає допомогу в організації роботи зазначених закладів;
- сприяє благодійним, релігійним організаціям, окремим громадянам та їхнім об'єднанням у наданні соціальної допомоги інвалідам, ветеранам війни та праці і громадянам похилого віку;
- сприяє підготовці, перепідготовці та підвищенню кваліфікації працівників соціальної сфери;
- підтримує функціонування апаратно-програмних засобів управління у складі єдиної інформаційної мережі системи Мінпраці, а також єдине комп'ютерне інформаційне і телекомунікаційне середовище;
- надає методичну допомогу з питань охорони праці;
- організовує і проводить консультації, здійснює розгляд звернень громадян, підприємств, установ та організацій з питань, що належать до компе-

тенції управління, вживає відповідних заходів до усунення причин, які викликають скарги;

- роз'яснює громадянам положення нормативно-правових актів з питань, що належать до компетенції управління;
- інформує населення з питань, що належать до компетенції управління, через засоби масової інформації.

Для регіонального (місцевого) рівня основні функції регламентовані вищими органами і передбачають певну свободу компетенції з урахуванням специфіки і можливостей території.

Поняття соціального забезпечення

Соціальне забезпечення, незалежно від конкретних історичних умов (економічного і політичного ладу), в яких воно організоване, характеризує:

- існування об'єктивних підстав, які викликають потребу в особливому механізмі соціального захисту, спрямованому на підтримку чи надання певного рівня життєзабезпечення; *

- певні фонди, джерела соціального забезпечення;

- певні способи надання засобів до існування;

- закріплення правил надання соціального забезпечення в правових нормах.

Конкретних способів забезпечення стільки, скільки є потреб, задоволення яких вважається необхідним за рахунок певних фондів.

Прийнято говорити про такі види забезпечення, як

- пенсії;
- допомоги;
- пільги;
- соціальне обслуговування;
- натуральне забезпечення.

Пенсійне забезпечення

в Україні на сучасному етапі

Пенсії — найбільш значущий як за кількістю забезпечуваних, так і за обсягом витрачених на це коштів вид забезпечення. Буквальний переклад латинського слова "pensio" — платіж.

Такий платіж здійснює держава через спеціально призначені для цього органи, його провадять із визначеної частини фондів для непрацездатних — пенсійних фондів. Суб'єктом цього виду забезпечення є особа, визнана непрацездатною за віком, за медичними показниками (інвалідність), а також у зв'язку з виконанням інших, крім роботи, соціальних функцій (догляд за інвалідом I-групи, дитиною-інвалідом, престарілими).

Іншою важливою рисою пенсії є її зв'язок з минулою суспільнокорисною діяльністю самого пенсіонера чи годувальника (у випадку надання пенсій у разі втрати годувальника). Ще однією ознакою пенсії є детальне регулювання на державному чи міжрегіональному рівнях усіх умов забезпечення цього виду виплатами.

У цілому, пенсійне забезпечення громадян України регулює майже два десятки законодавчих актів. Проте більшу частину пенсій призначають відповідно до Закону України від 5 листопада 1991 року "Про пенсійне забезпечення".

Пенсія — це державна виплата, яку надають із пенсійного фонду для матеріального забезпечення непрацездатних громадян у зв'язку із їхньою минулою трудовою чи іншою суспільно корисною діяльністю в розмірах, як правило, співставних з минулим заробітком пенсіонера.

Пенсії за віком

Пенсія за віком — такий вид пенсії, який призначають за двох умов — досягнення конкретного віку та наявності на цей час необхідного стажу.

Пенсійний вік, що дає право на одержання пенсії за віком, в Україні для чоловіків — 60 років, для жінок — 55 років. Він не співпадає з фактичним настанням старості і, як правило, пов'язаний не з фактичною непрацездатністю пенсіонера, а тільки з її можливим настанням.

Громадянам, чий трудовий стаж є достатнім для призначення повної пенсії, пенсії за віком призначають у розмірі, пропорційному фактичному стажу, але не менше соціальної пенсії (ст. 12, 20 Закону "Про пенсійне забезпечення"). Пенсії призначають відділення Пенсійного фонду за місцем проживання заявника.

Розмір пенсії за віком становить 55% середньомісячного заробітку. За кожний повний рік роботи понад 25 років чоловікам і 20 років — жінкам пенсію збільшують на 1% середньомісячного заробітку, але не менше як на 1% мінімального розміру пенсії. Обчислена за такою формулою пенсія не може перевищувати 75% середньомісячного заробітку (ст. 19).

Середньомісячний фактичний заробіток для обчислення пенсії беруть (за вибором того, хто звернувся за пенсією): за 24 календарні місяці роботи поспіль перед зверненням за пенсією або за будь-які 60 календарних місяців роботи впродовж всієї трудової діяльності перед зверненням за пенсією, незалежно від наявних перерв у роботі.

Законодавством встановлено надбавки до пенсій за віком, зокрема особам, які отримують мінімальну та максимальну пенсії:

- самотнім пенсіонерам, які потребують постійного стороннього догляду, мають право на надбавку в розмірі 50% соціальної пенсії (ст. 21);
- непрацюючим пенсіонерам, які мають на своєму утриманні непрацездатних членів сім'ї (ст. 37, 38, 40, 41), призначають надбавку на кожного не-

працевдатного члена сім'ї в розмірі соціальної пенсії, передбаченої для відповідної категорії непрацевдатних;

- пенсіонерам, які набули відповідно до законодавства колишнього Союзу РСР право на надбавку да пенсії за роботу після досягнення пенсійного віку, призначають надбавку в розмірі 10% основної пенсії за кожний повний рік роботи після призначення пенсії, але не більше 40%.

Пенсії за віком є довічними пенсіями.

Після досягнення пенсійного віку працівники можуть продовжувати трудову діяльність і при цьому отримувати пенсію. У випадку збільшення заробітку працюючого пенсіонера розмір пенсії можна перераховувати кожні два роки, виходячи з нового, вищого заробітку. На цих же умовах здійснюють перерахунок пенсії з урахуванням трудового стажу. Однак, якщо пенсія була призначена при неповному стажі роботи і, продовжуючи працювати, пенсіонер набув стажу, достатнього для призначення повної пенсії, перерахунок провадять незалежно від того, скільки часу минуло після призначення пенсії при неповному стажі (ст. 69, 70).

Пенсійне законодавство дозволяє деяким категоріям працівників виходити на пенсію раніше загальностановленого пенсійного віку. Відповідно до Закону України "Про пенсійне забезпечення" *пільгові пенсії* призначають:

- працівникам, зайнятим повний робочий день на підземних роботах, на роботах з особливо шкідливими і особливо важкими умовами праці, — за списком № 1 виробництв, робіт, професій, посад і показників, затверджуваним Кабінетом Міністрів України, і за результатами атестації робочих місць. Чоловікам — після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше 20 років, з них не менше 10 років на зазначених роботах. Жінкам — після досягнення 45 років і при стажі роботи не менше 15 років, з них не менше семи років шести місяців на зазначених роботах;

- працівникам, зайнятим повний робочий день на інших роботах із шкідливими і важкими умовами праці, — за списком № 2 виробництв, робіт, професій, посад і показників, затверджуваним Кабінетом Міністрів України, і за результатами атестації робочих місць. Чоловікам — після досягнення 55 років і при стажі роботи не менше 25 років, з них не менше 12 років 6 місяців на зазначених роботах. Жінкам — після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше 20 років, з них не менше 10 років на зазначених роботах;

- трактористам-машиністам, безпосередньо зайнятим у виробництві сільськогосподарської продукції в колгоспах, радгоспах, інших підприємствах сільського господарства, чоловікам після досягнення 55 років і при загальному стажі роботи не менше 25 років, з них не менше 20 років на зазначеній роботі.

Крім зазначених категорій осіб пільгове пенсійне забезпечення передбачено жінкам, зайнятим упродовж повного сезону вирощуванням, збиранням та післязбиральною обробкою тютюну, робітницям текстильного ви-

робництва, водіям міського пасажирського транспорту, багатодітним матерям, матерям інвалідів з дитинства та іншим (ст. 13—18 Закону України "Про пенсійне забезпечення").

Пенсії з інвалідності

Пенсія з інвалідності — це така пенсія, яку призначають особі на тривалий час чи постійно в зв'язку з виявленням у неї певної хвороби і визнанням інвалідності I, II чи III групи.

Причини і групи інвалідності, а також час настання інвалідності встановлюють органи медико-соціальної експертизи, що діють на підставі Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.92 року. Пенсії з інвалідності внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання призначають незалежно від стажу роботи. Пенсії з інвалідності внаслідок загального захворювання призначають при наявності такого стажу роботи на час настання інвалідності:

Вік	Стаж роботи (в роках)
До досягнення 23 років	1
Від 23 років до досягнення 26 років	2
Від 26 років до досягнення 31 року	3
Від 31 року до досягнення 36 років	5
Від 36 років до досягнення 41 року	7
Від 41 року до досягнення 46 років	9
Від 46 років до досягнення 51 року	11
Від 51 року до досягнення 56 років	13
Від 56 років до досягнення 61 року	14
Від 61 року і старші	16

Пенсії з інвалідності призначають у таких розмірах: інвалідам I групи — 70%, інвалідам II групи — 60%, інвалідам III групи — 40% заробітку. Якщо в інвалідів є трудовий стаж, необхідний для призначення пенсії за віком, у тому числі на пільгових умовах, то пенсію з інвалідності призначають у розмірі пенсії за віком при відповідному стажі роботи.

Мінімальний розмір пенсії встановлюють на рівні соціальної по відповідній групі інвалідності: інвалідам I групи — 200% мінімального розміру пенсії за віком; інвалідам II групи — 100% мінімальної пенсії за віком; інвалідам III групи — 50% мінімальної пенсії за віком.

Мінімальний розмір пенсії особам, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних при захисті Батьківщини або при виконанні інших обов'язків військової служби, або внаслідок захворювання, пов'язаного з перебуванням на фронті чи виконанням інтернаціонального

обов'язку, а також громадянам, яких необгрунтовано було піддано політичним репресіям і в подальшому реабілітовано, інвалідність яких пов'язана з репресіями, встановлюється:

- інвалідам I групи — у розмірі чотирьох мінімальних пенсій за віком;
- інвалідам II групи — у розмірі трьох з половиною мінімальних пенсій за віком;
- інвалідам III групи — у розмірі двох мінімальних пенсій за віком.

Максимальна пенсія не може перевищувати трьох, а для працівників, зайнятих на роботах, — чотирьох мінімальних пенсій за віком.

Інвалідам унаслідок загального захворювання, які не мають достатнього для призначення повної пенсії стажу роботи, призначають пенсію з інвалідності при неповному стажі роботи в розмірі, пропорційному їхньому стажу, але не менше соціальної пенсії, встановленої для відповідної групи інвалідності.

До пенсії за інвалідністю встановлюють такі надбавки:

- непрацюючим інвалідам, які мають на своєму утриманні непрацездатних членів сім'ї, — на кожного непрацездатного члена сім'ї в розмірі соціальної пенсії, передбаченої для відповідної категорії непрацездатних;
- інвалідам I групи, самотнім інвалідам II групи, які потребують постійного стороннього догляду або досягли пенсійного віку, одиноким інвалідам III групи, які досягли пенсійного віку, — на догляд за ними в розмірі соціальної пенсії.

Пенсії в разі втрати годувальника

Пенсія в разі втрати годувальника — це така пенсія, яку встановлюють непрацездатним членам сім'ї в разі смерті їхнього годувальника.

Такій пенсії властиві загальні риси, характерні для інших видів пенсій, однак вона має і свої особливості. Головна з них полягає в тому, що можливість пенсійного забезпечення непрацездатних членів сім'ї здебільшого залежить від того, чи мав сам годувальник право на пенсію з інвалідності. У зв'язку з цим низка юридичних фактів, необхідних для виникнення пенсійних правовідносин, стосується безпосередньо годувальника. Іншими словами, право на пенсію в разі втрати годувальника сім'ї похідне від права на пенсію з інвалідності годувальника.

Під терміном "втрата годувальника" розуміють смерть годувальника, його безвісну відсутність чи пропажу безвісти. Закон передбачає вимоги, характерні тільки для цього виду пенсії: кожен, хто претендує на пенсію, повинен бути членом сім'ї годувальника; бути непрацездатним; бути утриманцем годувальника за його життя. В більшості випадків необхідні всі перераховані умови, однак закон зазначає, коли відсутність тієї чи тієї умови не позбавляє члена сім'ї права на пенсійне забезпечення (частини 1 і 2 ст. 37 Закону України "Про пенсійне забезпечення").

Пенсійному забезпеченню підлягають непрацездатні члени сім'ї, які втратили годувальника. Існують чотири підстави для визнання членів сім'ї непрацездатними: інвалідність; вік до 18 чи від 18 до 23 років; вік старше 60 чи 55 років (відповідно для чоловіків і жінок); догляд за дитиною, якій не виповнилося вісім років. Утриманцем вважається член сім'ї, який перебував при житті померлого на його повному утриманні або одержував від годувальника допомогу, що була для нього постійним і основним джерелом засобів до існування.

Закон визначає коло членів сім'ї, які мають право на пенсію в разі втрати годувальника: а) особи, які перебувають у шлюбі (чоловік або жінка); б) близькі родичі (батьки, діти, онуки, дід, бабуся, брати й сестри); в) особи, прирівняні до близьких родичів (усиновителі, усиновлені); г) дехто із свояків (пасинки, падчерки, вітчим і мачуха). Суб'єктами пенсійних правовідносин у разі втрати годувальника виступають сім'я в цілому та кожен член сім'ї зокрема.

Сім'ї годувальника, який помер унаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання, а також сім'ї померлого пенсіонера пенсію призначають незалежно від стажу роботи годувальника.

Пенсію в разі втрати годувальника, який помер унаслідок загального захворювання чи каліцтва, не пов'язаного з роботою, призначають, якщо годувальник на день смерті мав стаж, який був би необхідний йому для призначення пенсії з інвалідності.

Пенсії в разі втрати годувальника призначають на кожного непрацездатного члена сім'ї в розмірі 30% заробітку годувальника, але не менше соціальної пенсії, встановленої для відповідної категорії непрацездатних.

На дітей, які втратили обох батьків (круглих сиріт), а також на дітей померлої одинокої матері пенсія на кожну дитину не може бути меншою від двократного розміру соціальної пенсії. Сім'ям, до складу яких входять діти, які втратили обох батьків (круглі сироти), пенсію обчислюють із загальної суми заробітку обох батьків.

Членам сім'ї, яка втратила годувальника, котрий помер унаслідок загального захворювання і не мав стажу достатнього для призначення повної пенсії з інвалідності, призначають пенсію при неповному стажі в розмірі, пропорційному наявному стажу роботи годувальника.

Пенсію в разі втрати годувальника встановлюють на весь період, упродовж якого члена сім'ї померлого вважають непрацездатним згідно зі статтею 37 Закону України "Про пенсійне забезпечення", а членам сім'ї, які досягли: чоловіки — 60 років, жінки — 55 років, — довічно. Пенсія в разі втрати годувальника, призначена в результаті смерті одного з подружжя, зберігається і при новому одруженні пенсіонера.

На всіх членів сім'ї, які мають право на пенсію, призначають одну спільну пенсію, на вимогу члена сім'ї його частку пенсії виплачують окремо. Сім'я, яка має право на пенсію в разі втрати годувальника, може звертатися за призначенням пенсії в будь-який час після смерті або встановлення безвісної відсутності годувальника без обмеження будь-яким строком.

Пенсії за вислугу років

Пенсією за вислугу років прийнято називати таку пенсію, яку призначають довічно за наявності певного спеціального стажу (вислуги років), як правило, незалежно від віку і фактичного стану здоров'я.

Підставою пенсійного забезпечення за вислугу років є зайнятість окремих категорій громадян на роботах, виконання яких призводить до втрати професійної працездатності або придатності до праці раніше настання відповідного віку, що дає право на пенсію за віком (ст. 51 Закону України "Про пенсійне забезпечення"). Мова йде про те, що особу, яка тривалий час приносила користь суспільству певною діяльністю, звільняють від обов'язку працювати.

За своїми ознаками і цілями такі пенсії схожі з пенсіями за віком: призначають довічно, передбачають наявність певного стажу, а в деяких випадках і віку. На відміну від пенсій за віком, пенсії за вислугу років призначають обмеженій категорії громадян і виплачують тільки після припинення діяльності, яка дає право на таку пенсію.

Коло осіб, що мають право на пенсію за вислугу років, достатньо широке і виходить за рамки дії Закону України "Про пенсійне забезпечення". Ще кілька законів, окрім зазначеного, регулюють порядок призначення пенсії за вислугу років, а саме: "Про пенсійне забезпечення військовослужбовців та осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ" від 09.04.92 р.; "Про державну службу" від 16.12.93 р.; "Про статус народного депутата України" від 21.11.94 р.; "Про статус суддів" від 15.12.92 р.; "Про прокуратуру" від 25.03.92 р.; Митний кодекс України тощо.

Пенсії за вислугу років (окрім пенсій працівникам льотно-випробного складу авіації) призначають у розмірах, установлених статтями 19 і 21 Закону України "Про пенсійне забезпечення" для пенсій за віком.

Пенсії обчислюють із середньомісячного заробітку, одержуваного перед припиненням роботи, яка дає право на пенсію за вислугу років, крім пенсій працівникам льотно-випробного складу.

Працівникам льотно-випробного складу пенсії обчислюють з середньомісячного заробітку за роботу, що дає право на пенсію за вислугу років (частина перша статті 64 та статті 65, 66, 69 Закону України "Про пенсійне забезпечення"), одержуваного перед її припиненням, і призначають у розмірах, передбачених частинами першою — третьою, шостою статті 19 та статтею 21 вказаного Закону для пенсій за віком, і не можуть перевищувати 65% заробітку. Відповідно до постанови Верховної Ради України від 14 листопада 1995 року, дію статті 53 Закону України "Про пенсійне забезпечення" поширено на працівників льотно-випробного складу, які вийшли на пенсію до прийняття цього Закону.

Пенсії за особливі заслуги перед Україною

1 січня 2001 року набув чинності Закон України "Про пенсії за особливі заслуги перед Україною". Він передбачає встановлення 50—80-відсоткових надбавок до пенсій, призначених відповідно до інших законів, що регулюють питання пенсійного забезпечення, таким категоріям осіб, як:

- особи, відзначені почесними званнями "народний", "заслужений", державними нагородами України та колишнього Союзу РСР, лауреати державних премій України та колишнього Союзу РСР;
- народні депутати України, депутати колишніх республік Союзу РСР, Союзу РСР; депутати обласних, Київської і Севастопольської міських рад трьох скликань та депутати районних, районних у містах Києві та Севастополі рад, міських рад чотирьох скликань, якщо вони не були державними службовцями і не займали виборних та керівних посад у цих радах;
- Герої України, Герої Радянського Союзу, Герої Соціалістичної Праці, особи, нагороджені орденом Слави трьох ступенів, орденом Трудової Слави трьох ступенів, орденом "За службу Родині в вооружених силах ССРСР" трьох ступенів, чотирма і більше орденами, чотирма і більше медалями "За відвагу", ветерани Великої Вітчизняної війни, нагороджені у період бойових дій медаллю "За відвагу";
- видатні спортсмени — переможці Олімпійських ігор, чемпіони і рекордсмени світу і Європи;
- космонавти та члени льотно-випробних екіпажів літаків;
- матері, які народили семеро і більше дітей та виховали їх не менш як до восьмирічного віку. При цьому враховують дітей, усиновлених в установленому законом порядку.

Цю надбавку виплачують у разі, коли пенсіонер не працює. На встановлення цієї пенсії можуть розраховувати непрацездатні члени сім'ї померлого годувальника, зазначені в статті 37 Закону України "Про пенсійне забезпечення", які були на його утриманні. Передбачено, що дітям пенсії призначають незалежно від того, чи були вони на утриманні годувальника. Не забуто також дітей, усиновлених в законодавчо установленому порядку.

Соціальні пенсії

Соціальна пенсія — це пенсія, яку призначають громадянам у разі відсутності трудового стажу. Тобто вона не пов'язана з трудовою діяльністю людини.

Соціальні пенсії призначають і виплачують непрацюючим громадянам, окрім інвалідів з дитинства, при відсутності права на трудову пенсію.

Соціальні пенсії призначають у таких розмірах:

- *30% мінімального розміру пенсії за віком особам, які досягли відповідного віку (чоловіки — 60 років, жінки — 55 років) і не набули права на трудову пенсію без поважних причин;*

- *50% мінімального розміру пенсії за віком* особам, які досягли відповідного віку (чоловіки — 60 років, жінки — 55 років) і не набули права на трудову пенсію з поважних причин, а також інвалідам III групи;
- *100% мінімального розміру пенсії за віком*: інвалідам II групи; дітям-інвалідам віком до 16 років; дітям (п. "а" ст. 37), а також одній із осіб, зазначених в п. "в" ст. 37 у разі втрати годувальника;
- *200% мінімального розміру пенсії за віком*: інвалідам I групи; матерям, яким присвоєно звання "Мати-героїня".

Державна допомога

Допомоги — це низка видів соціального забезпечення, які розрізняють за метою, джерелами виплат, характером і підставами їх надання, суб'єктами.

Допомоги з соціального забезпечення:

- надають у рамках безоплатного (безеквівалентного) забезпечення з фондів для непрацевдатних;
- є за своєю метою державною допомогою;
- зумовлені переважно наявністю зв'язку з певним видом суспільно корисної діяльності;
- призначені компетентними органами на зазначених у законі умовах;
- виплачують у сумарних з оплатою за працю розмірах або у встановлених законом твердих сумах.

Метою призначення допомоги є необхідність повністю чи частково відшкодувати втрачений заробіток або потреба в наданні додаткової допомоги до вже існуючих джерел життєвих засобів існування.

Допомоги виплачують за рахунок коштів фонду соціального страхування України, Пенсійного фонду України, Державного та місцевого бюджету. Види допомог, їхня кількість та розміри залежать від наявної демографічної ситуації, соціальної політики, яку проводить держава, і обумовлені економічним потенціалом країни та традиціями, що склались історично.

Трудові ДОПОМОГИ

Трудові допомоги — це виплати, які надають працівнику підприємства (чи іншій відповідній особі) за рахунок коштів соціального страхування як відшкодування тимчасово втраченого заробітку у зв'язку з непрацевдатністю.

Їх виплачують особам, які перебувають у юридичних стосунках (членства) чи їм подібним стосунках із підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності і господарювання, і тимчасово втратили заробіток у зв'язку з непрацевдатністю. Мета цього виду допомог — повне чи

часткове відшкодування втраченого заробітку, тому їх розміри залежать від заробітку працівника. На період тимчасової втрати працездатності ця допомога є єдиним чи майже основним джерелом існування. Безеквівалентний характер трудових допомог полягає в тому, що в період непрацездатності особа, не здійснюючи жодних дій на користь підприємства, все ж отримує від нього певні виплати.

До числа цих допомог належать допомога з тимчасової непрацездатності і допомога за вагітністю та пологами.

Допомога з тимчасової непрацездатності

Надання допомоги з тимчасової непрацездатності в разі хвороби безпосередньо самого працівника здійснюють за правилами, визначеними "Положенням про порядок забезпечення допомогою по державному соціальному страхуванню", затвердженим Президією ВЦРПС від 12 листопада 1984 року. Закони України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи", "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей", "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні", "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, що спричинили втрату працездатності" містять у собі норми з надання допомоги по тимчасовій непрацездатності окремим категоріям громадян.

Таку допомогу надають за місцем роботи працівника (студентам — за місцем навчання) у розмірі:

- 100% заробітку за умови наявності у нього загального трудового стажу восьми та більше років;
- 80% заробітку за умови наявності загального стажу від п'яти до восьми років, а також працівникам з числа круглих сиріт, які не досягли 21 року та мають загальний трудовий стаж до п'яти років;
- 60% заробітку за умови наявності загального трудового стажу до п'яти років.

Допомогу у розмірі 100% заробітку незалежно від стажу роботи надають:

- у разі трудового каліцтва або професійного захворювання;
- працівникам з числа ветеранів війни та прирівняних до них осіб;
- ветеранам праці;
- працівникам, віднесеним до 1—4 категорії осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, а також одному з батьків або особі, що їх замінює та здійснює догляд за хворою дитиною, яка постраждала від Чорнобильської катастрофи, включаючи санаторно-курортне лікування;
- працівникам, які мають на своєму утриманні трьох або більше дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років);
- дружинам (чоловікам) військовослужбовців, крім військовослужбовців строкової служби.

Допомога за вагітністю і пологами

Допомогу за вагітністю і пологами надають:

- працюючим жінкам — у розмірі 100% заробітку; жінкам, які займаються підприємницькою діяльністю, в тому числі на умовах індивідуальної (групової) оренди, або працюють в особистому селянському (фермерському) господарстві, — у розмірі 100% заробітку (доходу);
- жінкам — членам творчих спілок, творчим працівникам, які не є членами творчих спілок, а також які працюють за авторським договором, — у розмірі 100% заробітку (доходу);
- жінкам, звільненим з роботи у зв'язку з ліквідацією підприємства, установи, організації, — у розмірі 100% заробітку (доходу), який вони одержували за останнім місцем роботи;
- жінкам, зареєстрованим у Державній службі зайнятості як безробітні не менше 10 місяців — у розмірі мінімальної заробітної плати;
- жінкам, які навчаються з відривом від виробництва, — у розмірі місячної стипендії;
- жінкам із числа військовослужбовців, звільнених із Збройних Сил України, Національної гвардії України, Прикордонних військ України, Служби безпеки України, військ цивільної оборони, інших військових формувань у зв'язку з вагітністю і пологами, — у розмірі 100% грошового забезпечення, обчисленого виходячи з окладу, який вони отримували до звільнення;
- жінкам-військовослужбовцям — у розмірі 100% грошового і натурального забезпечення;
- жінкам із числа осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ — у розмірі 100% грошового забезпечення.

Соціальні допомоги

Соціальні допомоги — це щомісячні грошові виплати із спеціальних державних фондів у встановлених законом випадках непрацездатним особам, які не працюють і не мають права на трудові пенсії та інші види грошового забезпечення (крім сімейних допомог).

Їх відмінність від трудових допомог полягає в тому, що виплата таких допомог не обумовлена трудовою діяльністю. Більше того, для цих допомог характерна відсутність суспільно корисної діяльності отримувача в минулому. Метою їх є надання коштів особам, які були б для них джерелом існування чи матеріальною підтримкою. Соціальні допомоги слід розглядати як вираз турботи суспільства щодо осіб, які

Законом України від 1993 року "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" передбачено 11 видів допомоги. Щоправда, впродовж останніх років, з огляду на недостатню наповнюваність Державного бюджету, додатковими постановами Кабінету Міністрів України визначено розміри на поточний рік у відсотках до тієї суми, що записана в Законі.

залишилися з тих чи тих причин без засобів до існування. Джерелом виплати цих допомог є державний бюджет.

До їх числа належать, зокрема, соціальні пенсії (про які ми говорили раніше).

Ще один вид допомог — **сімейні допомоги**. До них належать всі ті допомоги, отримувачем яких є сім'я. Головне їхнє призначення — надання державної матеріальної допомоги сім'ям, які несуть додаткові витрати у зв'язку з вихованням і утриманням дітей, а також у деяких інших випадках. Ці допомоги виплачують як додаткові кошти незалежно від інших доходів сім'ї. Для призначення таких допомог не має значення вид діяльності батьків, хоча інколи факт суспільно корисної діяльності впливає на умови забезпечення і його розміри.

Отже, сімейні допомоги — це надані за рахунок спеціальних фондів у твердих розмірах грошові виплати сім'ям, що несуть додаткові витрати у зв'язку з утриманням і вихованням неповнолітніх дітей і в деяких інших випадках, з метою часткового відшкодування зазначених витрат. До цих допомог слід віднести соціальні пенсії на дітей-інвалідів, допомоги по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, самотніми матерями, військовослужбовцями строкової служби, грошові виплати матерям (батькам), зайнятим доглядом трьох і більше дітей віком до 16 років, допомоги на дітей віком до 16 років (учнів до 18 років), допомоги на дітей військовослужбовців строкової служби, тимчасова допомога на неповнолітніх дітей, батьки яких ухиляються від сплати аліментів або коли стягнення аліментів неможливе, та інші.

Одноразова допомога при народженні дитини

Право на одноразову допомогу має сім'я у разі народження дитини. У разі народження двох і більше дітей одноразову допомогу призначають сім'ї на кожну дитину.

Одноразову допомогу при народженні дитини надають сім'ї у чотирикратному розмірі мінімальної заробітної плати. Матерям, які стали на облік у медичному закладі в ранні строки вагітності (до 12 тижнів), регулярно відвідували і виконували рекомендації лікарів, надають додаткову допомогу при народженні дитини у двократному розмірі мінімальної заробітної плати.

Допомога при догляді за дитиною

Право на допомогу при догляді за дитиною до досягнення нею трирічного віку мають працюючі жінки, жінки, які навчаються з відривом від виробництва, жінки, звільнені з роботи у зв'язку з ліквідацією підприємства, установи, організації, і жінки, зареєстровані у Державній службі зайнятості як безробітні.

Право на допомогу при догляді за дитиною до досягнення нею трирічного віку мають батьки дитини, бабка, дід або інший працюючий родич, які фактично здійснюють догляд за дитиною.

**Грошові виплати матерям (батькам),
зайнятим доглядом трьох і більше дітей віком до 16 років**

Грошові виплати матерям (батькам), зайнятим доглядом трьох і більше дітей віком до 16 років, призначають у розмірі:

100% мінімальної заробітної тати — матерям (батькам), зайнятим доглядом трьох дітей віком до 16 років;

200% мінімальної заробітної плати — матерям (батькам), зайнятим доглядом чотирьох і більше дітей віком до 16 років.

Грошові виплати матерям (батькам), зайнятим доглядом трьох і більше дітей віком до 16 років, призначають, якщо середньомісячний сукупний дохід на кожного члена сім'ї за попередній квартал не перевищує трикратного розміру мінімальної заробітної плати.

Допомога при догляді за дитиною-інвалідом

Право на допомогу при догляді за дитиною-інвалідом має один з непрацюючих працездатних батьків дитини-інваліда або особа, яка їх замінює, котра здійснює постійний догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку.

Допомогу при догляді за дитиною-інвалідом одному з непрацюючих працездатних батьків або особі, яка їх замінює, котра здійснює постійний догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку, надають у розмірі 100% мінімальної заробітної плати.

Допомогу при догляді за дитиною-інвалідом одному з непрацюючих працездатних батьків або особі, яка їх замінює, котра здійснює постійний догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку, призначають і виплачують органи соціального захисту за місцем проживання.

**Допомога при тимчасовій непрацездатності у зв'язку
з доглядом за хворою дитиною**

Працюючі матері або один з працюючих членів сім'ї чи інша працююча особа у разі необхідності мають право на допомогу при тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною віком до 14 років, але не більше як за 14 календарних днів.

Допомогу надають у розмірі:

- *100% заробітку (доходу)* — працівникам, які мають трудовий стаж вісім років і більше, тим, які мають на утриманні трьох і більше дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років), військовослужбовцям, окрім військово-службовців строкової служби, а також працівникам із числа колишніх дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, не досягли 21 року і мають трудовий стаж до п'яти років;

- *80% заробітку (доходу)* — працівникам, які мають трудовий стаж від п'яти до восьми років;

- *60% заробітку (доходу)* — працівникам, які мають трудовий стаж до п'яти років.

Допомога на дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років)

Право на допомогу на дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років) мають сім'ї, в яких є діти зазначеного віку.

Допомогу надають у розмірі 50% мінімальної заробітної плати на кожну дитину, якщо середньомісячний сукупний дохід на кожного члена сім'ї за попередній квартал не перевищує трикратного розміру мінімального розміру заробітної плати.

Допомогу на дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років) призначають незалежно від одержання на дітей пенсій, інших видів допомоги. Її не призначають батькам, позбавленим батьківських прав.

Допомога на дітей одиницями матерям

Право на допомогу на дітей одиницями матерям мають матері (які не перебувають у шлюбі), якщо в свідоцтві про народження дитини відсутній запис про батька дитини або запис про батька проведено в установленому порядку за вказівкою матері.

Право на таку допомогу мають також удови та удівці з дітьми, які не одержують на них пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію. Якщо одинока мати (удова, удівець) вступила в шлюб, то за нею зберігається право на отримання допомоги на дітей, які народилися до шлюбу.

Допомогу призначають у розмірі:

- *100% мінімальної заробітної плати* — одиницями матерям (удовам, удівцям) з числа дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, колишніх вихованців дитячих будинків (шкіл-інтернатів), які мають дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років).

- *50% мінімальної заробітної плати* — одиницями матерям, які мають дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років), удовам та удівцям з дітьми, які не одержують на них пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію.

У разі народження двох і більше дітей допомогу на дітей одиницями матерям призначають на кожну дитину.

Допомога на дітей військовослужбовців строкової служби

Право на таку допомогу мають дружини:

- солдатів, матросів, сержантів і старшин строкової військової служби; військових будівельників, які проходять службу у військово-будівельних загонах (частинах) — у період служби в цих загонах (частинах);

- курсантів, слухачів (які одержують курсантські оклади) військово-навчальних закладів із числа військовослужбовців строкової служби і цивільної молоді — в період навчання в цих закладах;

- солдатів, матросів, сержантів, старшин, прапорщиків, мічманів та осіб офіцерського складу запасу, яких призивають на навчальні збори і які на момент призову тимчасово не працюють, в період цих зборів, включаючи час перебування в дорозі до військової частини і назад.

Допомогу на дітей військовослужбовців строкової служби надають у розмірі *100% мінімальної заробітної плати* на кожну дитину.

Допомогу призначають матері дитини, якщо батько дитини проходить військову службу (навчається у військово-навчальному закладі чи школі підготовки прапорщиків і мічманів або призваний на навчальні збори), незалежно від одержання на дітей пенсій, інших видів допомоги.

Допомога на дітей, які перебувають під опікою, піклуванням

Право на допомогу на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням, мають особи, призначені в установленому порядку опікунами чи піклувальниками дітей, які внаслідок смерті батьків, позбавлення батьків батьківських прав чи з інших причин залишилися без батьківського піклування, для захисту особистих і майнових прав та інтересів цих дітей.

Допомогу надають у розмірі *200% мінімальної заробітної плати* на кожну дитину. Її призначають, якщо розмір одержуваних на дітей аліментів, пенсій і допомоги на місяць не перевищує двократного розміру мінімальної заробітної плати. При цьому виплату раніше призначених на дітей пенсій і допомоги не провадять.

Тимчасова допомога на неповнолітніх дітей, батьки яких ухиляються від сплати аліментів або коли стягнення аліментів неможливе

Право на тимчасову допомогу на неповнолітніх дітей, батьки яких зобов'язані сплачувати аліменти, розшуковуються органами внутрішніх справ за рішеннями судів або постановами слідчих органів у разі ухилення від сплати аліментів, притягнені до кримінальної відповідальності за вчинений злочин чи з інших підстав або відбувають покарання у виправно-трудовах установах, де нема заробітку, з якого може бути стягнуто аліменти у встановленому законом мінімальному розмірі, або перебувають на лікуванні у лікувальних закладах без виплати допомоги по соціальному страхуванню, в інших випадках, коли стягнення аліментів неможливе з причин, незалежних від осіб, зобов'язаних їх сплачувати, мають стягувачі аліментів (мати, батько), які не одержують присуджених аліментів на неповнолітніх дітей за рішенням суду або постановою судді.

Цей вид допомоги призначають у розмірі *50% мінімальної заробітної плати* на кожну дитину.

Соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам

16 грудня 2000 року Верховна Рада України ухвалила Закон "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам". Закон набув чинності з 1 січня 2001 року. Він гарантує інвалідам із дитинства та дітям-інвалідам право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їхню соціальну захищеність шляхом установлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму.

Право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства I і II групи, непрацюючі інваліди з дитинства III групи, а також діти-інваліди віком до 16 років.

Державну соціальну допомогу призначають у таких розмірах:

- інвалідам з дитинства I групи — *100% прожиткового мінімуму* для осіб, які втратили працездатність;
- інвалідам з дитинства II групи — *70% прожиткового мінімуму* для осіб, які втратили працездатність;
- непрацюючим інвалідам з дитинства III групи — *50% прожиткового мінімуму* для осіб, які втратили працездатність;
- на дітей-інвалідів віком до 16 років — *70%*.
- інвалідам з дитинства, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу і пенсію, призначають державну соціальну допомогу або пенсію за їхнім вибором. Державну соціальну допомогу або пенсію інвалідам з дитинства, яких визначено недієздатними, а також на дітей-інвалідів призначають за вибором їхніх батьків, усиновителів, опікуна або піклувальника.

Заяву про призначення державної соціальної допомоги та всі необхідні документи подають інваліди з дитинства до управління соціального захисту населення за місцем проживання. Заява про призначення державної соціальної допомоги інваліду I чи II групи, який визнаний недієздатним, а також на дитину-інваліда подає один із батьків, усиновитель, опікун або піклувальник за місцем свого проживання.

Допомога ТИМ, хто доглядає психічно хворих

Кабінетом Міністрів 2 серпня 2000 року прийнято постанову "Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним". Відповідно до цієї постанови таку допомогу надають у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян, якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї є нижчим від прожиткового мінімуму для сім'ї.

Допомогу на догляд надають особі, яка прописана, проживає на одній житловій площі з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, і здійснює догляд за ним.

Призначення і виплату допомоги на догляд здійснюють органи праці та соціального захисту населення. Для призначення подають: заяву; документ, що посвідчує особу; довідку про склад сім'ї із зазначенням прізвищ, імен та по батькові, родинних зв'язків членів сім'ї; довідку про доходи кожного

члена сім'ї; висновок лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу; довідки про наявність і розміри земельних ділянок, виділених для ведення особистого підсобного господарства, городництва, сінокошіння, випасання худоби, та земельної частки, виділеної унаслідок розпаювання землі.

Допомогу на догляд призначають на шість місяців і виплачують щомісяця. Для одержання допомоги на наступний термін необхідно знову подати всі зазначені вище документи. Виплачують цю допомогу через поштові відділення зв'язку за місцем проживання особи, яка одержує зазначену допомогу, або через установу банку, шляхом перерахування коштів на особовий рахунок цієї особи за її заявою.

Адресна соціальна допомога

Адресні соціальні допомоги спрямовані на підтримку найменш забезпечених груп населення. Їхньою особливістю є те, що для призначення таких обраховують сукупний сімейний дохід і, якщо він виявляється нижчим за визначену межу, тоді сім'я може розраховувати на отримання допомоги.

Житлово-комунальні субсидії

Першою в Україні програмою адресної соціальної допомоги були житлові субсидії, впроваджені 1995 року.

Житлова субсидія — це зниження щомісячної плати за житлово-комунальні послуги сім'ям у разі, якщо нарахована плата за житло та комунальні послуги у межах норм споживання перевищує встановлений Кабінетом Міністрів України відсоток їхнього сімейного сукупного доходу.

Право на отримання субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг (далі — субсидія) поширюється на осіб, які проживають:

- у державному та громадському житловому фонді, у гуртожитках включно, — на оплату за користування житлом;
- у приватизованому житловому фонді та фонді житлово-будівельних (житлових) кооперативів — на оплату за утримання житла;
- у житловому фонді незалежно від форм власності — на оплату за комунальні послуги (водо-, тепло-, газопостачання, вивезення побутового сміття та рідких нечистот).

Субсидії призначають сім'ям, у яких сума платежу за житло та комунальні послуги у межах норм споживання перевищує, як правило, 15% сукупного доходу сім'ї. *Субсидії надають на одну квартиру (житло).*

Для оформлення і призначення субсидії необхідно подати такі документи:

- заяву, в якій декларують наявність/відсутність у володінні прописаних осіб житлового приміщення (будинку), транспортного засобу, самохідної машини або механізму;
- відомості про забезпеченість житловою площею та комунальними послугами;
- склад приписаних у житловому приміщенні (будинку) — довідка про склад сім'ї (форма 3);
- паспорт повнолітніх осіб включно з власником (наймачем) або інші документи, що засвідчують особу;
- довідку про доходи кожного прописаного;
- розрахункові книжки (квитанції про попередню оплату житлово-комунальних послуг);
- трудові книжки непрацюючих членів сім'ї.

Субсидію призначають рішенням відділів (управлінь) субсидій районних, районних у містах Києві і Севастополі державних адміністрацій та виконавчих органів міських і районних рад:

- на підставі заяви і необхідних документів, починаючи з місяця подання;
- упродовж десяти днів (з дати подання заяви і всіх необхідних документів);
- особі, на яку відкрито особовий рахунок за місцем прописки, і, як виняток, іншій особі, прописаній в житловому приміщенні (будинку);
- за умови укладення договору між наймачем (власником) і відділом (управлінням) субсидій або подавачем послуг про погашення заборгованості з оплати житлово-комунальних послуг (тільки у разі заборгованості).

Розмір та умови призначення субсидій визначені Постановою Верховної Ради України "Про оплату житлово-комунальних послуг населенням України" від 18.03.99 р.; Положенням про порядок призначення та надання населенню субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 1995 р. (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 22 вересня 1997 р.).

Адресна допомога малозабезпеченим сім'ям

1 червня 2000 року Верховна Рада ухвалила Закон "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям". Ним визначено, що малозабезпечена — це така сім'я, яка з поважних або незалежних від неї причин має середньомісячний сукупний дохід нижчий від прожиткового мінімуму для сім'ї.

Прикладом можуть бути сім'ї, до складу яких входять особи, які доглядають за дітьми (час догляду за якими зараховується до трудового стажу), осо-

би, які мають трьох і більше дітей віком до 16 років і зайняті доглядом за ними; особи, зареєстровані в державній службі зайнятості як безробітні; студенти денних відділень вищих та професійно-технічних закладів тощо.

Заяву про надання державної соціальної допомоги подає уповноважений представник сім'ї до органу соціального захисту населення за місцем його проживання або до виконавчого комітету сільської, селищної ради. У заяві дають згоду сім'ї на збір інформації про неї, про її власність, доходи та майно, що необхідна для реалізації мети цього Закону. До заяви додають: документ, що посвідчує особу; довідку про склад сім'ї (до складу сім'ї не включають осіб, які перебувають на повному державному утриманні); декларацію про доходи та майно осіб, які входять до складу сім'ї (в декларацію не включають державну соціальну допомогу, призначену відповідно до цього Закону; нараховану субсидію за спожиті житлово-комунальні послуги; сплачені членами сім'ї аліменти); довідку про наявність та розмір земельної частки (паю).

Розмір допомоги визначають як різницю між прожитковим мінімумом для сім'ї та її середньомісячним сукупним доходом, але він не може бути більшим, ніж 75% прожиткового мінімуму для сім'ї. До стабілізації економічного становища в Україні розмір державної соціальної допомоги визначають із урахуванням рівня забезпечення прожиткового мінімуму.

Допомогу призначають на шість місяців. Самотнім особам, визнаним за результатами медико-соціальної експертизи непрацездатними, які не мають інших джерел до існування, допомога може бути призначена на строк визнання особи непрацездатною. Самотнім особам, які досягли 65-річного віку і не мають інших джерел для існування, вона може бути призначена довічно.

Соціальне обслуговування непрацездатних

Соціальне обслуговування — надання державою, суспільством безкоштовних послуг. Звичайно, подібну додаткову допомогу надають не тільки непрацездатним і людям похилого віку, але й іншим категоріям громадян через суспільстві сферу послуг. **Особливість соціального обслуговування** полягає в тому, що:

- його здійснюють за рахунок створених спеціальних фондів;
- його надають безкоштовно;
- воно є однією із функцій держави.

Сфера послуг має дві головні функції: економічну і соціальну. Економічна функція розкриває роль послуг у створенні додаткових життєвих благ населення. Соціальна функція пов'язана із задоволенням матеріальних, соціальних, культурних і побутових потреб членів суспільства, зміцненням їхнього здоров'я.

Формами соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів є:

- соціальне обслуговування за місцем проживання (вдома);
- напівстаціонарне соціальне обслуговування у відділеннях денного перебування (відділення соціально-побутової та медико-соціальної реабілітації);
- 119 стаціонарне соціальне обслуговування в стаціонарних установах соціального обслуговування (будинках-інтернатах, пансіонатах тощо);
- термінове соціальне обслуговування (разове забезпечення безкоштовним гарячим харчуванням, продуктовими наборами, забезпечення одягом тощо);
- соціально-консультативна допомога;
- надання житлових приміщень у будинках житлового фонду соціально-го використання.

Детальніше про соціальне обслуговування розповідається в розділі "Соціальна робота з людьми похилого віку".

Підзаконні нормативні акти, що стосуються соціального обслуговування громадян органами соціального захисту населення

- Порядок забезпечення інвалідів автомобілями, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 1997р. № 999.
- Положення про виплату інвалідам компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 1998 р. № 296.
- Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний будинок-інтернат, пансіонат для ветеранів війни і праці, затверджене наказом Мінсоцзахисту населення від 1 квітня 1997 р. № 43.
- Типове положення про психоневрологічний інтернат, затверджене наказом Мінсоцзахисту населення від 1 квітня 1997р. № 43.
- Типове положення про дитячий будинок-інтернат, затверджене наказом Мінсоцзахисту населення від 1 квітня 1997р. № 43.
- Типове положення (взірцеве) про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, затверджене наказом Мінсоцзахисту населення від 1 квітня 1997р. № 44.
- Типове положення (взірцеве) про відділення соціальної допомоги вдома, затверджене наказом Мінсоцзахисту населення від 1 квітня 1997 р. № 44.
- Інструкція про порядок обліку, зберігання, розподілу та видачі путівок до санаторно-курортних та інших лікувально-оздоровчих установ в органах соціального захисту населення, затверджена наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 25 грудня 1997 р. № 42.
- Інструкція про порядок забезпечення населення України протезно-ортопедичними виробами, затверджена наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 9 березня 2000 р. №53.

Пільги, гарантії та компенсації

Ще одним видом соціального забезпечення є надання **пільг, переваг, гарантій і компенсацій**, що становлять собою правові засоби забезпечення реалізації особою своїх прав, передбачених Конституцією України та іншими законами держави [1]. Ці правові засоби спрямовані перше за все на захист громадян, на більш повну, ґрунтовну реалізацію ними трудових, майнових, соціальних, особистих та інших прав.

Пільги, переваги (привілеї), гарантії і компенсації з загально-правового погляду є різними правовими категоріями, хоча в законодавчих актах вони межують одні з одними, тісно пов'язані між собою, а подекуди заступають одні одних.

Пільгою є передбачене законодавством повне або часткове звільнення певних категорій громадян (за ознакою віку, статі, посади, заслуг, місця проживання тощо) від дотримання встановлених законом загальних вимог і правил, виконання певних обов'язків. Перевагу (привілей) можна визначити як передбачене законодавством виняткове, особливе право окремої групи осіб з конкретної категорії громадян на звільнення від дотримання чи виконання загальних вимог, правил, обов'язків.

Гарантії — передбачені законодавством умови, засоби та заходи, спрямовані на забезпечення й охорону прав та інтересів громадян у галузі трудових, житлових, земельних, кредитно-фінансових та інших відносин.

Компенсації — це передбачене законодавством фінансове або майнове (натуральне) відшкодування громадянину зазнаних ним витрат або втрат (у зв'язку з виконанням трудових обов'язків, переїздом на роботу в іншу місцевість, використанням власного транспортного засобу при виконанні службових обов'язків, втратою житла і майна внаслідок техногенних або природних катастроф тощо).

Забезпечення інвалідів автомобілями з ручним керуванням

Умови надання автомобіля безплатно чи на пільгових умовах:

- волевиявлення заявника;
- належність до відповідної категорії інвалідів;
- наявність висновку обласної чи прирівненої до неї МСЕК про те, що в інваліда є медичні показники для його одержання;
- постановка інваліда на чергу з наступним її дотриманням;
- прийняття рішення про виділення автомобіля;
- наявність посвідчення водія;
- дотримання строку експлуатації автомобіля при повторному його одержанні;

- повернення (здача) старої машини при забезпеченні інваліда новим автомобілем.

Автомобіль з ручним керуванням може видаватися:

- безкоштовно;
- на пільгових умовах з оплатою 7% або 30% його вартості;
- на десятирічний термін експлуатації без права продажу, дарування і передачі іншій особі.

Право на автомобіль з ручним керуванням мають:

- інваліди війни, в тому числі по зору і без обох рук;
- інваліди внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання;
- інваліди з числа реабілітованих жертв політичних репресій;
- інваліди внаслідок каліцтва від джерел підвищеної небезпеки;
- інваліди з числа військовослужбовців, які стали інвалідами внаслідок нещасного випадку або захворювання, одержаного у період проходження військової служби;
- інваліди від загального захворювання, з дитинства;
- інваліди I і II групи (категорія 1), які стали інвалідами внаслідок аварій на Чорнобильській АЕС, ядерних аварій, ядерних випробувань та інших уражень ядерними матеріалами;
- інваліди з ампутацією обох ніг, які мають, протипоказання до протезування;
- інваліди внаслідок трудового каліцтва, якщо вина підприємства, організації або установи не встановлена;
- батьки або родичі, які здійснюють догляд за дітьми-інвалідами та інвалідами з дитинства, хворі на дитячий церебральний параліч та деякі інші хвороби.

Забезпечення населення протезно-ортопедичними виробами

Види протезно-ортопедичних виробів, якими забезпечують громадян державні протезно-ортопедичні підприємства:

- протези верхніх і нижніх кінцівок та пристосування до них, чохла на кукси, шкіряні рукавички на протези верхніх кінцівок, ортопедичні апарати, корсети тощо;
- ортопедичне взуття, в тому числі і на протези;
- коляски для пересування, палиці, милиці й інші індивідуальні пристрої для компенсації втрачених функцій опорно-рухового апарату або з лікувально-профілактичною метою.

Протезно-ортопедичними виробами безкоштовно забезпечують:

- інвалідів усіх категорій незалежно від призначення і виду одержуваної пенсії;

- пенсіонерів — незалежно від виду одержуваної пенсії;
- осіб похилого віку;
- дітей до 16 років;
- підопічних будинків-інтернатів (громадян похилого віку, інвалідів та дітей);
- підопічних дитячих будинків і шкіл-інтернатів;
- осіб, які навчаються в загальноосвітніх, професійних, навчально-виховних та вищих навчальних закладах (денної форми навчання);
- осіб, які перебувають у лікувально-профілактичних закладах на стаціонарному лікуванні, потребують протезно-ортопедичної допомоги і не мають групи інвалідності;
- жінок, які потребують протезування молочних залоз.

Потребу в протезно-ортопедичних виробках громадян визначають МСЕК, лікувально-профілактичні установи Міністерства охорони здоров'я України та медичні відділи протезно-ортопедичних підприємств.

Забезпечення санаторно-курортними путівками

Путівки до санаторіїв, пансіонатів та будинків відпочинку видають інвалідам і пенсіонерам згідно зі встановленою чергою мірою надходження путівок (відповідно до медичних рекомендацій) з урахуванням пільг, установлених чинним законодавством для конкретної категорії осіб.

Путівки на санаторно-курортне лікування видають районні управління праці та соціального захисту населення за місцем проживання інвалідів і пенсіонерів.

* * *

Конституція України та нормативно-правові акти, що конкретизують та наповнюють змістом соціальні права, встановлюють правовий простір, у якому функціонує механізм соціального забезпечення. Дієвість цього механізму частково залежить і від сумлінності та професійності посадових осіб. Інколи байдуже ставлення та недостатня юридична обізнаність призводять до того, що правові норми соціального захисту не спрацьовують. Тільки юридично компетентний соціальний працівник може бути надійним захисником законних інтересів свого клієнта.

Контрольні запитання

1. *Які особливості розвитку системи соціального захисту населення на сучасному етапі?*
2. *Які можна виділити основні ланки в структурі соціального захисту населення (на державному, регіональному рівнях) ?*
3. *Які основні напрями роботи Міністерства праці та соціальної політики України?*

4. Назвіть основні завдання та функції управління праці та соціального захисту населення районної державної адміністрації.
5. Які Ви знаєте установи, заклади, організації соціального захисту населення? Які з них знаходяться у Вашому регіоні? Які Ви знаєте недержавні організації, що займаються питаннями соціального захисту (можна на прикладі свого регіону)?
6. Що розуміють під видами соціального забезпечення?
7. Назвіть види державних пенсій в Україні.
8. Кому пенсійне забезпечення надається на пільгових умовах?
9. Як обчислюють розмір пенсії за віком?
10. Як причина інвалідності впливає на розмір пенсії?
11. В яких випадках призначають надбавки до пенсії з інвалідності?
12. В чому особливість пенсії в разі втрати годувальника?
13. Які с підстави пенсійного забезпечення за вислугу років?
14. Які працівники мають право на пенсію за особливі заслуги перед Україною?
15. Що таке соціальна пенсія? В яких розмірах її призначають? Які с види державної соціальної допомоги?
16. Назвіть форми соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів.
17. Що таке житлово-комунальні субсидії? Які документи необхідно подати для оформлення і призначення субсидії?
18. Які умови надання інвалідам автомобілів з ручним керуванням?
19. Які с види протезно-ортопедичних виробів?

Рекомендована література

1. Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения. Учебное пособие для ВУЗов. — М.: Книжный мир, 1999. — С. 4.
2. Сирота І.М. Право пенсійного забезпечення в Україні. — К.: Юрінком Інтер, 1998.
3. Сташків Б.І. Грошові виплати матерям (батькам), зайнятим доглядом трьох і більше дітей віком до 16 років // Соціальний захист. — 1998 р. — № 4. — С 44-48.
4. Сташків Б.І. Допомога на дітей віком до 16 років (учнів — до 18 років) // Соціальний захист. — 1999 р. — № 3. — С. 60—65.
5. Сташків Б.І. Допомога на дітей одиноким матерям // Соціальний захист. 1998. — № 1. — С. 53—61.
6. Сташків Б.І. Допомога на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням // Соціальний захист, 1999 р. — № 6. — С. 60—65.
7. Сташків Б.І. Допомога на поховання // Соціальний захист. 1998 р. — № 3. — С 45—52.
8. Сташків Б.І. Допомога по догляду за дитиною // Соціальний захист. 1998 р. — № 5. — С 55—62.
9. Сташків Б.І. Правове регулювання праці інвалідів // Соціальний захист. 2000 р. — С 54—63.

Глава 6

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Навчальні цілі:

- ознайомити з демографічними тенденціями старіння людства;
- дати уявлення про психофізіологічні особливості людей похилого віку в соціальному контексті;
- охарактеризувати специфічні форми соціальної роботи з людьми похилого віку;
- розкрити особливості систем соціального обслуговування в Україні, про діяльність територіальних центрів, будинків-інтернатів різних типів;
- ознайомити з закордонним досвідом соціальної роботи з людьми похилого віку.

Зміна соціально-психологічної основи нашого суспільства коригує життя всіх поколінь, зокрема й старшого. Зміна соціального статусу літньої людини, викликана насамперед припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтацій, зміною самого способу життя та спілкування, а також виникнення різноманітних перешкод у соціально-побутовій та психологічній адаптації до нових умов диктує необхідність відпрацювання та здійснення специфічних підходів, форм і методів соціальної роботи з людьми похилого віку.

Глобальна тенденція постаріння населення

Зростання питомої ваги старих людей у віковій структурі отримало назву "демографічного старіння" або "старіння населення". До демографічно старих належать ті країни, в яких частка людей похилого віку, **старшого за 65 років**,

становить 7 відсотків і більше. Україна належить до таких демографічно старих країн.

Загалом, демографічне старіння стало глобальною тенденцією розвитку сучасної цивілізації. Ця демографічна ситуація обумовлює не лише формування нових потреб та здатностей літніх людей, але й відмову від уявлень про старість тільки як про те, що віджило себе.

Вчені вказують на низку чинників, що сприяють довголіттю, які в цілому можна звести до двох груп передумов:

- біологічні передумови довголіття — спадковість, тип вищої нервової діяльності, зміни в результаті перенесених захворювань;
- екологічні чинники — соціально-економічні умови, природно-географічне середовище.

Довгожителлями зазвичай стають люди з оптимальним рівнем функціонування більшості найважливіших фізіологічних систем; їм властиві широкі адаптивні можливості, що є передумовою здоров'я та життєздатності.

Можна навести приклад найстарішої жительки планети Жанни Кальман (Франція), яка померла у віці 122 років "природною смертю", як вважають медики. Вона народилась у 1875 році, вела спокійне помірковане життя, не переїдала. Ще у 100 років каталася на велосипеді і до кінця життя зберігала ясну голову. Рівень її інтелекту у 120 років можна було порівнювати з інтелектом жінки літнього віку.

Щоб зрозуміти сучасну тенденцію, наведемо середню тривалість життя людини у деяких країнах за різних часів:

Епоха	Країна	Середня тривалість життя (роки)	
Бронзовий вік	<i>Нижня Австрія</i>	Жінки — 20;	Чоловіки — 21,8
Ранній залізний та бронзовий віки	<i>Греція</i>	18	
	<i>Рим</i>	22	
Середні віки	<i>Англія</i>	33	
1870	<i>Німеччина</i>	Жінки — 38;	Чоловіки — 35,2
1931-1940	<i>Нідерланди</i>	66,5	
90-ті рр. XX ст.	<i>Швеція</i>	Жінки — 84;	Чоловіки — 80

Вплив багатьох чинників (безперервні війни, висока дитяча смертність, часті епідемії тощо) призводив до низької середньої тривалості життя у людей минулого.

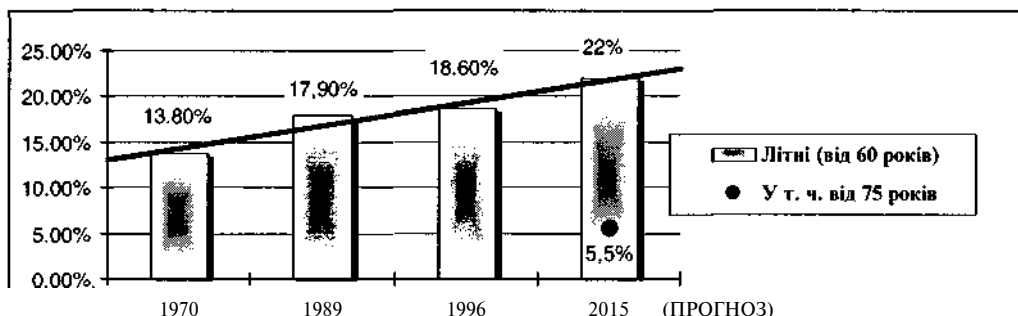
А що відбувається в Україні? Нині в нас середня очікувана тривалість життя становить 73 роки для жінок і 62 — для чоловіків (такий низький показник — за рахунок високої смертності чоловіків середнього віку).

*Згідно з класифікацією Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, осіб у віці від 60 до 74 років відносять до категорії **людей похилого віку**, від 75 до 89 років — до **старих**, а від 90 років і старших — до **довгожителів**.*

Щороку кількість літніх на планеті збільшується на 2,4 відсотки. За деякими прогнозами, до 2020 року кількість літніх людей може зрости до одного мільярда. Біологи, які займаються вивченням питань старіння та смерті, звертають увагу на те, що дуже мало випадків так званої "природної смерті". Тобто, коли людина вмирає суто від старості, а не через різного роду негативні чинники. Кожен науковець, який займається вивченням цих питань, стверджує, що людина не проживає ту кількість років, скільки б могла прожити за ідеальних умов існування. Багато дослідників вважають що вік людини як виду сягає 120 — 130 років і навіть більше. Отже, існує потенційна можливість подовження середньої тривалості людського життя.

Як і в інших європейських країнах, в Україні зберігається тенденція до вікових змін у бік зростання частки літніх людей. Всього в Україні сьогодні проживає майже 11 мільйонів людей похилого віку.

людьми ПОХИЛОГО віку в Україні, зазвичай, вважають людей, що досягли **55 — 60 років** (віку виходу на пенсію згідно з Законом України "Про пенсійне забезпечення"). Частка таких людей в Україні становить майже третину населення. Отже, вони є найбільшою групою клієнтів, з якими працюють соціальні працівники.



Психофізіологічні особливості літньої людини

Темп старіння людини суттєво залежить від способу її життя, становища в сім'ї, рівня життя, умов праці, соціальних та психологічних чинників тощо.

У процесі старіння в організмі людини відбуваються зміни, які призводять до обмеження її функціональних можливостей і зниження стійкості до різних шкідливих впливів. В результаті:

- знижується рівень активності;
- зменшується розумова і фізична працездатність;
- погіршується активність нервових процесів.

Старість — результат безперервних біологічних змін організму на завершальному етапі процесу життя.

Біологічні зміни підвищують ризик виникнення атеросклерозу, злоякісних пухлин, хвороб серця, цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, захворювань щитовидної залози тощо.

Характерними для літніх людей є:

- неврози, зміни у психіці;
- вразливість до інфекційних хвороб;
- зниження гостроти зору, майже повне зникнення бокового зору; погана орієнтація вночі;
- притуплення слуху;
- почуття мерзлякуватості, в'ялості;
- зменшення ваги тіла та зниження росту;
- зміни зовнішнього вигляду — шкіра обличчя стає сухою, зморщеною, волосся сивіє, тоншає, очі тьмяніють тощо.

Перехід людини до групи похилого віку суттєво змінює її взаємини з суспільством і такі уявлення, як ціль і зміст життя, добро і щастя тощо. У неї з'являються типові проблеми:

- зниження працездатності, припинення виробничої діяльності і вихід на пенсію;
- погіршення матеріальних умов життя і в зв'язку з цим обмеження та нестатки;

- втрата попереднього соціального статусу, зміна ролі літньої людини в сім'ї;

- зміна ролі і престижності в суспільстві;
- втрата близьких членів родини, самотність, ізоляція;
- проблема вільного часу, організація повноцінного дозвілля.

Практика свідчить, що розрив з трудовою діяльністю інколи негативно позначається на стані здоров'я, життєвому тонусі, психіці людей. Вихід на пенсію часто важко сприймають люди, чиє життя тісно пов'язане з трудовою діяльністю, яку високо оцінює суспільство.

У залежності від індивідуальних особливостей і конкретних життєвих обставин люди по-різному долають труднощі, пов'язані з наближенням старості. Тому дослідники виділяють **декілька типів старіння за способом діяльності:**

АКТИВНА СТАРІСТЬ

Люди цього типу, відійшовши від професійної діяльності, продовжують брати участь у суспільному житті, вихованні молоді, займаються посиленою працею. Тобто вони живуть повнокровним життям, не відчуваючи неповноцінності.

Творча старість

*У ЖИТТІ старої людини відбуваються **соціальні зміни**, що зачіпають усі сфери життя:*

- **виробничу;**
- **сімейну;**
- **громадську;**
- **особисту.**

Соціальна пристосованість	Цей тип відрізняє соціальна і психічна адаптація. Але енергія цих людей спрямована головним чином на облаштування власного життя — матеріальний добробут, відпочинок, розваги й самоосвіту, тобто на те, на що раніше їм бракувало часу.
Сімейна старість	Тип, в якому переважають жінки, котрі знаходять головне застосування своїх сил у родині. Оскільки хатня робота невичерпна, їм ніколи нудьгувати. Проте задоволеність життям у них буває нижчою, ніж у представників попередніх двох типів.
Зміцнення здоров'я	До цього типу відносять людей, сенсом життя яких стала турбота про зміцнення власного здоров'я, що не тільки стимулює достатньо різноманітні форми активності, але й дає певне моральне задоволення. Однак ці люди часто схильні перебільшувати значення своїх справжніх і фіктивних хвороб. Їх також характеризує підвищена тривожність.

Усі ці типи перебігу старості поцінують як гараздні. Але є і негативні типи розвитку, або так звана "пасивна старість".

ПАСИВНА СТАРІСТЬ

Агресивний тип	Сюди можуть бути віднесені буркотливі літні люди, незадоволені станом оточення. Вони часто критикують усіх і все, окрім самих себе, всіх повчають і діймають нескінченними претензіями.
Зневірений тип	Це люди самотні й сумні, зневірені в собі та у власному житті. Іноді вони звинувачують себе за дійсні та фіктивні втрачені можливості, не здатні позбутися сумних спогадів про життєві помилки, що робить їх глибоко нещасними.

Досить часто люди похилого віку, у яких процес старіння протікає пасивно, користуються так званими "**соціальними ролями негативних версій-спектаклів**":

"Непоказна, непомітна людина"	Цю "маску" використовують у найближчому оточенні, щоб викликати співчуття, турботу.
"Немічна, слабка людина"	Для лікарів, іншого персоналу, щоб отримати більше допомоги та уваги.
"Ображений герой-страдалець"	Цю роль використовують для отримання соціальних пільг, підвищення власної значущості.

На жаль, така пасивна старість зумовлює небажані зміни особистості, а отже, й негативні прояви у буденному житті.

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАРІННЯ

Виходячи зі значення давньогрецького "ойкос" — "оселя, середовище", під цим терміном розуміють не тільки природні та географічні чинники, а й соціальні сторони людського буття.

Чинники старіння, зумовлені природно-географічним середовищем:

1) забрудненість довкілля, а саме: кислотні дощі; надмірне використання хімічних речовин; озонова "дірка"; забрудненість водоймищ, а отже, проблема чистої води; радіоактивне забруднення, зокрема і внаслідок Чорнобильської катастрофи, тощо;

2) втрата звичного геополя (місця, де проживала людина все своє життя): переїзд старої людини в місто з села чи навпаки; виїзд у іншу країну чи регіон; перехід до будинку-інтернату тощо;

3) порушення екології особистості: втрата близьких людей, смерть рідних, друзів; порушення взаємозв'язків з оточенням внаслідок певних захворювань (глухота, сліпота тощо); очікування смерті, страх перед нею.

Перелічені чинники зумовлюють збільшення кількості захворювань (у тому числі онкологічних, психічних та ін.), зростання психічної напруги, а отже, загрозу передчасної старості. Проте спілкування з природою, активна трудова діяльність, заняття улюбленою справою є важливими стимулами збереження бадьорості, натхнення, заспокоєння нервової системи, а отже, і збереження здоров'я у людей похилого віку.

Психологічна характеристика процесу старіння

Найбільш важливим та суттєвим питанням старіння як психологічного явища є те, наскільки зміни, що визначаються біологічними віковими процесами, можуть відбиватися на психіці людини, її особистіших та інтелектуальних характеристиках. У деяких працях психологів можна зустріти чимало прикладів ставлення до старості як до періоду зниження активності, відчуття

слабкості, періоду хвороб, утрат, розчарувань. Однак поряд з цим існує й оптимістична концепція старіння, суть якої полягає в тому, що ступінь збереження і розвитку багатьох важливих життєвих проявів великою мірою залежить від її психічної установки на старість.

Люди інтелектуальної праці дуже часто зберігають здатність ясно мислити впродовж всього свого життя. На це вказують численні дослідження, як, наприклад, результати обстеження великої групи (понад 1000 чоловік) старше 65 років, проведеного іспанськими вченими. Вони виявили, що інтелект зайнятих розумовою працею залишався досить стабільним, порушення пізнавальної здатності існували тільки у 22 відсотків досліджуваних. За свідченнями американських психологів, зниження інтелекту у літніх пов'язане зі слабким здоров'ям, економічними чи соціальними причинами, як, наприклад ізольованістю, недостатньою освітою чи іншими чинниками, безпосередньо не пов'язаними з старінням.

Соціальному працівникові, котрий допомагає людям похилого віку, потрібно враховувати їхні вікові особливості.

З віком відбувається *акцентуація особистості* — загострення та зміна деяких рис характеру (наприклад, ошадливість переходить у скупість, запальність — у злостивість, твердість переконань — у догматизм, комунікабельні люди стають надміру балакучими, стримані — замкненими тощо). Знижується зацікавленість у новому, здатність сприймати сучасні смаки, погляди та думки. Важливо терпляче й толерантно ставитися до вікових змін характеру літніх, до їхнього консерватизму й не ображати проявами неповаги до їхніх смаків та переконань. Кваліфікований соціальний працівник ніколи не вдаватиметься до зайвих суперечок з підопічним, не буде спростовувати його твердження та нав'язувати власне.

У старості погіршується слух, уповільнюються сприйняття та реакції. Тому мова соціального працівника повинна бути виразною, розбірливою, не надто швидкою. Потрібно уникати багатослів'я, довгих фраз, складних висловів. Необхідно переконатися, що підопічний почув і зрозумів вас. Людина літнього віку легко втомлюється від розмови, тому важливо не переобтяжувати клієнта розмовами. Він, зазвичай, віддає перевагу говорити самому, згадувати минуле.

Люди літнього віку дуже вразливі, їх часто посідають сумні думки щодо втрат, хвороб, тих змін, які відбулися в їхньому статусі, матеріальному становищі, у зовнішності. Будь-який прояв самостійності в обслуговуванні себе необхідно підтримувати, оскільки він дає підопічному відчуття успіху та незалежності.

Якщо людина самотня й геть нічого не очікує в майбутньому, вона стає пригніченою, апатичною, у неї може розвинутися депресія. Важливо підтримати, розрадити, спробувати відволікти людину від сумних думок, підкреслити те позитивне, що є в її житті. Наприклад, можна нагадати про цікаву телевізійну передачу, про очікуваний наступного тижня прихід давнього товариша, про якусь подію в громадському житті тощо.

Психічні зміни старості	
Вікові зміни психічних процесів	ЗМІНИ особистості старої людини
<ul style="list-style-type: none"> • Порушення відчуттів та сприймань у зв'язку з погіршенням роботи органів слуху та зору, а отже, зі зменшенням потоку інформації. • Послаблення пам'яті у вигляді старечої забудькуватості чи синдрому Корсакова, коли погіршується запам'ятовування свіжої інформації і натомість згадуються давні події. • Погіршення уваги, розвиток старечої неухважності. • Уповільнення мислення, іноді зниження його продуктивності. • Емоційна пригніченість на фоні частоті дратівливості, зміни настрою, схильність до депресивних станів. 	<ul style="list-style-type: none"> • Посилення відчуття меншовартості, невпевненості, зниження самооцінки, підвищення вразливості. • Пригніченість настрою, відчуття самотності, безпорадності, стривоженості, зниження працездатності. • Підвищення інтересу до переживання минулого, до його переоцінки. • Загострення та зміна деяких рис характеру. • Зниження вольової активності, може з'являтися апатія.

Важливу роль відіграє взаємодія цих та соціальних факторів, які суттєво впливають на психічний склад особистості. Звуження сфери діяльності, типове для літніх, часто викликає переважання негативних емоцій, які прискорюють старіння. Це песимізм, журба, негативне чи озлоблене ставлення до оточення.

Проте часто у старості можна відмітити і такі властивості, як неупереджену та спокійну точку зору на різні події, життєву мудрість та розсудливість, бажання допомагати людям тощо. Відповідно буде упередженням вважати старість непридатним періодом людського буття, за якого людині, окрім безпорадності, нічого не залишається.

У цілому "нормальне старіння" характеризується більш-менш гармонійним поєднанням зниження рівня психічної діяльності та адаптаційних механізмів.

Принципи та форми соціальної роботи з людьми похилого віку

"Цивілізовані народи, — казав Ілля Мечников, — не чинять як жителі Вогняної Землі чи інші дикуни; вони не вбивають, не з'їдають своїх стариків, проте життя останніх часто стає дуже важким".

Визнаючи питання про старіння як одне з головних досягнень і водночас як один з основних викликів ХХ сторіччя, Організація Об'єднаних Націй

провела у 1982 році Всесвітню асамблею з проблем старіння, і того ж року Генеральна Асамблея схвалила Міжнародний план дій щодо проблем старіння. 1990 року Асамблея проголосила 1 жовтня Міжнародним днем людей похилого віку, а через рік вона прийняла "Принципи ООН стосовно людей похилого віку".

Незалежність	
1.	Літні люди повинні мати доступ до належних харчів, води, житла, одягу та медичного обслуговування шляхом забезпечення їм доходу, підтримки з боку сім'ї, громади і самодопомоги.
2.	Літні люди повинні мати можливість працювати або займатися іншими видами діяльності, яка приносить прибуток.
3.	Літні люди повинні мати можливість брати участь у визначенні термінів і форм припинення трудової діяльності.
4.	Літні люди повинні мати можливість брати участь у відповідних програмах освіти і професійної підготовки.
5.	Літні люди повинні мати можливість жити в умовах, які є безпечними і можуть бути адаптовані з урахуванням особистих нахилів і змінюваних можливостей.
6.	Літні люди повинні жити вдома доти, доки це можливо.
Участь	
7.	Літні люди повинні, як і раніше, бути залученими до життя суспільства, брати активну участь у розробці й здійсненні політики, яка безпосередньо стосується їхнього добробуту, і ділитися своїми знаннями і досвідом з представниками молодого покоління.
8.	Літні люди повинні мати право на пошук і розширення можливостей для діяльності в інтересах громади і виконувати на добровільних засадах роботу, яка відповідає їхнім інтересам і можливостям.
9.	Літні люди повинні мати можливість створювати рухи або асоціації осіб похилого віку.
Догляд	
10.	Літні люди повинні бути забезпечені доглядом і захистом з боку сім'ї і громади у відповідності з системою культурних цінностей цього суспільства.
11.	Літні люди повинні мати доступ до медичного обслуговування, яке дозволяло б підтримувати або відновлювати оптимальний рівень фізичного, психічного та емоційного благополуччя та запобігати або стримувати початок періоду хвороб.
12.	Літні люди повинні мати доступ до соціальних і правових послуг з метою підвищення їхньої незалежності, посилення захисту та поліпшення догляду.
13.	Літні люди повинні мати можливість на відповідному рівні користуватися послугами піклувальних установ, які забезпечують захист, реабілітацію, а також соціальне і психологічне стимулювання в гуманних та безпечних умовах.

14.	Літні люди повинні мати можливість користуватися правами людини і основними свободами, знаходячись у будь-якому закладі, що забезпечує житло, догляд або лікування, включаючи повну повагу їхньої гідності, переконань, потреб і особистого життя, а також права приймати рішення стосовно догляду за ними і якості їхнього життя.
Реалізація внутрішнього потенціалу	
15.	Літні люди повинні мати можливість для всебічної реалізації свого потенціалу.
16.	Літні люди повинні мати доступ до можливостей суспільства у сфері освіти, культури, духовного життя і відпочинку.
Гідність	
17.	Літні люди повинні мати можливість вести гідний і безпечний спосіб життя і не підлягати експлуатації та фізичному або психологічному насильству.
18.	Літні люди мають право на справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової чи етнічної приналежності, інвалідності або іншого статусу, і їхню роль слід оцінювати незалежно від їхнього економічного внеску.

Отже, соціальна робота з людьми похилого віку має бути спрямована на реалізацію проголошених принципів.

Завданням соціальної роботи з літніми людьми також могло б стати надання цим людям можливостей реалізовувати свої здібності, брати участь у громадській діяльності; сприяння адаптації особистості до нових умов.

В житті людей похилого віку (в усякому разі значної їх частини) особливе місце посідає релігія. По-перше, значна частина населення є віруючою. По-друге, люди похилого віку наближаються до закінчення життєвого шляху, й у них виникає питання: "Що далі?". По-третє, для багатьох людей віра наповнює їхнє життя новим змістом, створює врівноважене сприйняття життєвих проблем. І це важливо враховувати у практиці соціальної роботи з людьми похилого віку.

Реабілітація та соціальне обслуговування — головні форми соціальної роботи з людьми похилого віку.

Соціальне обслуговування об'єднує спеціальні і загальні форми допомоги, що носять як постійний, так і одноразовий характер. Соціальна допомога спрямована на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливе або ускладнене внаслідок втрати певних функцій. В свою чергу, загальні форми допомоги мають переважно орієнтуватися на попередження втрати здатностей самообслуговування або обмеження негативних наслідків цього. Надання особам старших вікових груп облаштованого житла, засобів малої механізації і спеціальної побутової техніки сприяє подовженню періоду їхньої самостійності.

Одним із дієвих засобів *соціальної реабілітації* людей похилого віку є їх трудова та громадська зайнятість. Літня людина, яка залишає свою про-

фесійну діяльність, часто зазнає стресових станів. На жаль, сучасне суспільство не може задовольнити потребу в робочих місцях не лише означеної категорії громадян, але навіть і більш працездатної. Проте деякі перспективи тут можливі у сфері малого та середнього бізнесу, фермерських господарств, присадибних ділянках. **Працездатність людини, яка постійно зайнята помірними фізичними навантаженнями, не зменшується до 70 років.**

Пенсіонер повинен чітко розуміти, що перехід на відпочинок — не фізична та розумова бездіяльність. Літня людина має залишатися в центрі інтересів родини, постійно відчувати себе повноправним громадянином, цікавитися громадським життям. Корисним досвідом у цьому плані є створення так званих клубів за інтересами для людей похилого віку, де вони можуть спілкуватися, виконувати певні громадські функції, займатися спільною діяльністю, або волонтерська діяльність самих пенсіонерів, котрі допомагають доглядати інших.

Таким чином, для повноцінного життя літніх людей, для підвищення ефективності їхньої соціальної реабілітації **необхідна гуманістична установка суспільства на максимально тривале забезпечення їхньої соціальної активності, а також: на покращання матеріального становища цих категорій.**

Вміння та навички, необхідні соціальному працівнику при роботі з людьми похилого віку:

Навички індивідуальної роботи:

- вміння дієво спілкуватися з людьми похилого віку;
- вміння вислухати літню людину з розумінням та цілеспрямовано;
- вміння створювати і розвивати доброзичливі стосунки;
- вміння досягати довіри клієнтів;
- вміння обговорювати гострі проблеми в позитивному емоційному настрої, підтримувати цей настрій;
- вміння активізувати зусилля клієнтів для розв'язання їхніх проблем.

Навички представництва та посередництва:

- вміння налагоджувати контакти з різними підприємствами, закладами, установами, організаціями тощо, які надають послуги літнім людям;
- вміння представляти інтереси клієнтів при розв'язанні проблем, пов'язаних із замовленням чи зверненням підопічного.

Навички діловодства:

- вміння вести особові справи клієнтів.

Навички оцінювання:

- вміння аналізувати матеріально-побутовий стан клієнта з метою його поліпшення;
- вміння оцінювати власну діяльність із надання допомоги клієнту і в разі потреби активізувати її, залучити додаткові ресурси.

Навички активної профілактичної роботи:

- займати активну життєву позицію у справі виявлення самотніх людей похилого віку, які потребують допомоги і мешкають на території району.

Навички обслуговування:

- вміння надавати соціально-побутові послуги згідно з посадовою інструкцією та договором, укладеним між відділенням та клієнтом.

Щоб краще вміти вислуховувати старших людей, соціальному працівникові можна користуватися такими загальноприйнятими правилами:

- перш ніж самому заговорити, дайте змогу співбесіднику повністю висловити свою думку;

- виявляйте зацікавленість до співбесідника;

- якщо отриманої інформації для вас недостатньо, попросіть повторити чи роз'яснити те, що не зовсім зрозуміло;

- не загострюйте уваги на мовних особливостях співбесідника;

- спокійно реагуйте на почуте, вмійте стримувати свої емоції;

- не лицемірте, не відволікайтеся, будьте ввічливі та відверті.

Але зрозуміло, що при спілкуванні соціального працівника з літніми людьми (як з іншими підопічними) можуть виникнути конфліктні ситуації. І якщо вже конфлікту не уникнути, то:

- розмовляйте тільки про факт розбіжностей;

- не переходьте на особистість, не давайте оцінок людині;

- не вживайте образливих слів, виразів;

- постарайтеся, щоб ваша мова була переконливою, аргументованою.

Якщо літня людина дуже схвильована, запропонуйте розв'язання конфліктної ситуації відкласти.

Доброзичливість, терпіння, сила волі, вміння вислухати, витримка, відвертість — це особливий арсенал засобів, якими повинен керуватися соціальний працівник при спілкуванні з людьми похилого віку.

Таким чином, визначальною рисою соціального працівника, який обслуговує людей похилого віку, є вміння спілкуватися. Працюючи з літньою людиною, важливо не тільки співпереживати, але й допомагати їй розв'язувати проблеми. Байдужий до свого клієнта соціальний працівник не зможе допомогти йому, оскільки підопічні відчують це і замикаються в собі.

Заклади соціального захисту людей похилого віку в Україні

Систему соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні визначає низка законодавчих актів. У 1991 році ухвалено Закон України "Про пенсійне забезпечення", яким установлені єдині державні гарантії, умови та порядок призначення пенсій для робітників, службовців, колгоспників. У 90-х роках ухвалено також інші нормативно-правові акти, які так чи так стосуються соціального захисту громадян похилого віку, ветеранів війни та праці,

інвалідів. Це Закони України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи", "Про реабілітацію жертв політичних репресій на Україні", "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні" та інші.

Відповідно до законодавства України соціальну допомогу та забезпечення соціальної реабілітації людей похилого віку здійснюють органи соціального захисту, інші державні та громадські організації.

До системи закладів соціального захисту літніх людей можна віднести:

- Міністерство праці та соціальної політики України;
- Пенсійний фонд;
- управління, комісії, комітети соціального захисту населення місцевих Рад і держадміністрацій;
- територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів і самотніх непрацездатних громадян та відділення соціальної допомоги вдома;
- установи, заклади та підприємства сфери управління Міністерства праці та соціальної політики, які здійснюють соціальний захист людей похилого віку, інвалідів, ветеранів війни та праці. Сюди належать:

будинки-інтернати;
санаторії та пансіонати;
підприємства Українського протезного концерну "Укрпротез";
науково-дослідні інститути, які вивчають проблеми старіння;
служби медико-трудової експертизи;
різноманітні недержавні фонди, товариства, організації.

Механізм соціального захисту і допомоги людям похилого віку реалізують як на загальнодержавному, так і на місцевому рівнях, як державні, так і громадські організації.

На державному рівні забезпечують гарантоване надання законодавчо встановлених розмірів пенсій, допомоги та інших видів натурального забезпечення; послуг і пільг (у відповідності з встановленими соціальними нормативами). На регіональному рівні, з урахуванням місцевих умов та можливостей, розв'язують питання додаткового підвищення рівня забезпечення:

- соціальне обслуговування вдома, зокрема соціально-медичне обслуговування;
- напівстаціонарне обслуговування у відділеннях денного (нічного) перебування закладів соціального обслуговування;
- стаціонарне соціальне обслуговування в стаціонарних закладах соціального обслуговування (наприклад, будинках-інтернатах, пансіонатах тощо);
- термінове соціальне обслуговування з метою надання невідкладної допомоги одноразового характеру;

- соціально-консультативна допомога, що спрямована на адаптацію громадян похилого віку, розвиток орієнтації на власні сили.

Соціальне обслуговування громадян похилого віку у територіальних центрах

Соціально-побутове обслуговування в Україні розпочато 1980 року відповідно до постанови Уряду України "Про заходи з подальшого покращення матеріально-побутового, медичного обслуговування одиноких непрацездатних громадян похилого віку". Проведено перші обстеження матеріально-побутових умов проживання самотніх ветеранів війни і праці, виявлено їхні потреби.

17 листопада 1980 року Міністерство соціального забезпечення вперше затвердило положення "Про порядок організації надомного обслуговування одиноких пенсіонерів будинками-інтернатами". Упродовж 1980 — 1985 років велося соціальне обслуговування самотніх пенсіонерів, котрі проживали на прилеглий до будинків-інтернатів території. Надавалося лише дві — три послуги.

1985 року Міністерство соціального забезпечення видало наказ про проведення експерименту з соціально-побутового обслуговування самотніх непрацездатних престарілих громадян, які потребують термінового стороннього догляду та допомоги в домашніх умовах будинками-інтернатами п'яти областей (Вінницької, Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Львівської та м. Києва).

Тоді створили 10 спеціалізованих служб, для них виділили штат соціальних працівників, розробили посадові інструкції, необхідні форми для обліку та звітності, провели підготовку кадрів, затвердили тимчасове положення про організацію надомного обслуговування.

Експеримент засвідчив, що спеціалізовані служби повністю себе виправдали і їх утримання обійшлося для держави в 10 разів дешевше, ніж утримання самотніх пенсіонерів у будинку-інтернаті.

1987 року затверджено Типові положення про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та відділення соціальної допомоги вдома.

Того ж року в Україні взято на облік 186 тисяч самотніх непрацездатних громадян, котрі потребували стороннього догляду та допомоги в домашніх умовах.

1988 року видано перший наказ Міністерства соціального забезпечення, яким затверджено Типові положення про територіальний центр соціального обслуговування та відділення соціальної допомоги вдома, розроблено методичні рекомендації для органів соціального захисту населення, закладів охо-

рони здоров'я, відділень Товариства Червоного Хреста з організації комплексного соціально-побутового, медичного обслуговування пенсіонерів, інвалідів та самотніх непрацездатних громадян.

У 1997 році були затверджені Типове положення про територіальний центр по обслуговуванню самотніх непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів і Типове положення про відділення соціальної допомоги. Це дозволило розширити спектр послуг, що надаються самотнім літнім громадянам.

Нині у нашій країні мешкає 2,5 мільйона самотніх громадян, 600 тисяч з них потребують постійного стороннього догляду і допомоги вдома. За останні роки значно розширена мережа установ, які надають їм різноманітну соціальну-побутову, медичну і натуральну допомогу.

Для розвитку цієї форми соціальної роботи в Україні заплановане створення районних територіальних центрів соціального обслуговування **в усіх районах держави**. Це буде розвинута мережа з 754 центрів (наприкінці 2000 року їх було 750), які надаватимуть більше 40 видів соціальних послуг майже 650 тисячам пенсіонерів та самотнім непрацездатним громадянам.

При територіальних центрах функціонують такі відділення:

- соціальної допомоги вдома;
- соціально-побутової реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації громадян похилого віку, інвалідів та дітей-інвалідів з органічним ураженням центральної нервової системи;
- для тимчасового проживання;
- для постійного проживання;
- що надають грошову та натуральну допомогу малозабезпеченим непрацездатним громадянам. При них діють благодійні їдальні, пункти прийому продуктів харчування, одягу від підприємств, установ, населення, відкрито перукарні, працюють бригади виконання різних видів ремонтних робіт, майстерні з ремонту одягу та взуття тощо.

Завдання територіального центру:

- обстеження матеріально-побутових умов проживання самотніх з участю представників закладів охорони здоров'я, житлово-комунальних контор, громадських організацій, визначення потреб у необхідності надання різних послуг;
- установлення зв'язків громадян похилого віку з рідними, з підприємствами, установами, організаціями, в яких вони працювали, для спілкування та надання у разі необхідності допомоги;

Територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян є спеціальною державною установою, що надає послуги відповідним категоріям осіб та іншим соціально незахищеним громадянам вдома, в умовах стаціонарного, тимчасового та денного перебування. Ці послуги спрямовані на підтримання їхньої життєдіяльності і соціальної активності.

- надання різних соціально-побутових, комунальних та медико-соціальних послуг самотнім пенсіонерам, інвалідам на підставі зазначених у медичній карті висновків закладів охорони здоров'я про ступінь втрати здатності до самообслуговування (групи рухової активності).

Територіальні центри мають право приймати в підрозділи на обслуговування пенсіонерів, інвалідів першої і другої групи незалежно від віку, самотніх непрацездатних громадян та інших соціально незахищених громадян, які потребують соціально-побутової та медико-соціальної допомоги на підставі картки медичного огляду (висновків лікарів) та особистої заяви.

До числа самотніх непрацездатних громадян відносять у тому числі подружжя, які не мають працездатних родичів, зобов'язаних за законом їх утримувати.

Основні послуги, що надають у центрах:

- придбання та доставка продовольчих, промислових та господарських товарів;
- приготування їжі, доставка гарячих обідів, годування;
- прибирання житла, прання білизни, придбання та доставка палива;
- оплата платежів, оформлення документів на отримання субсидій з оплати житлово-комунальних послуг;
- виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів, здійснення лікувально-оздоровчих, профілактичних заходів та соціально-психологічної реабілітації;
- створення умов для лікувально-трудової терапії вдома;
- допомога в обробітку присадибних ділянок;
- оформлення документів на санаторно-курортне лікування, влаштування до будинку-інтернату для громадян похилого віку та інвалідів;
- організація надання необхідних видів протезно-ортопедичної допомоги, забезпечення милицями, палицями, окулярами;
- організація відпочинку (відвідування лекцій, участь в екскурсіях, самодіяльних художніх колективах, гуртках), проведення консультацій у спеціалістів з різних питань;
- інші послуги, які визначають індивідуально.

Право на першочергове обслуговування мають:

- самотні ветерани війни та праці;
- непрацездатні громадяни, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи і віднесені до першої, другої та третьої категорій.

Ветерани праці, самотні громадяни похилого віку мають переважне право на соціальне обслуговування.

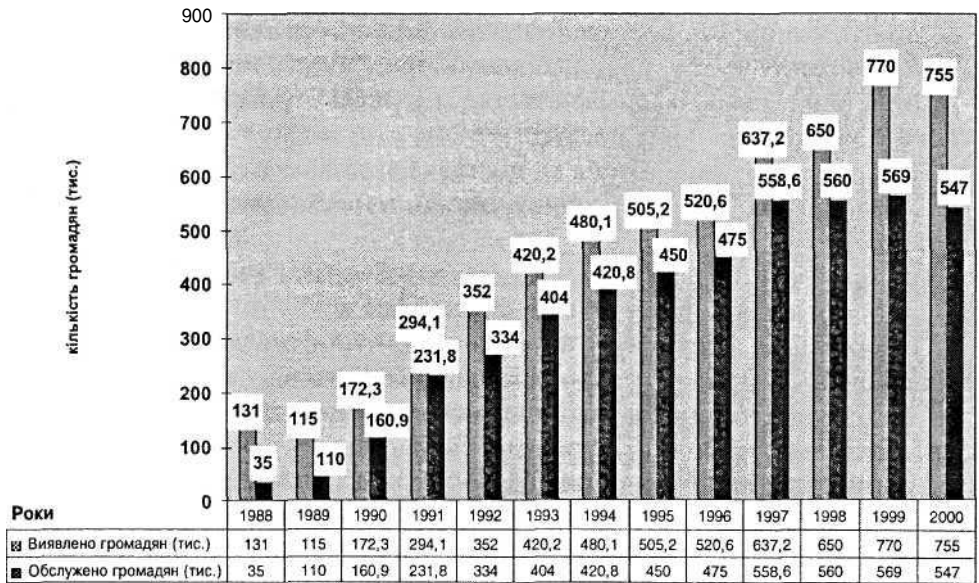
Протипоказаннями для прийняття на обслуговування є наявність у пенсіонера інфекційних, онкологічних захворювань четвертої клінічної групи, СНІДу, захворювань на наркоманію, алкоголізм, а також низки психічних захворювань.

Територіальні центри та відділення соціальної допомоги вдома працюють у тісному контакті з закладами охорони здоров'я, організаціями ТОВА-

риства Червоного Хреста, підприємствами, установами, громадами, релігійними конфесіями, благодійними громадськими організаціями та окремими громадянами з залучення додаткових коштів та організації натуральної допомоги малозабезпеченим пенсіонерам, інвалідам, самотнім непрацездатним громадянам та іншим соціально незахищеним особам.

Територіальний центр утримують за рахунок коштів, наданих із місцевого бюджету на соціальний захист населення, інших надходжень, зокрема у вигляді прибутку від діяльності підсобних сільськогосподарських відділень, спеціальних цехів і дільниць центру, а також коштів благодійних фондів, пожертвувань тощо.

Розвиток соціального обслуговування самотніх непрацездатних громадян та інвалідів територіальними центрами і відділеннями соціальної допомоги вдома



Паралельно з упровадженням структури територіальних центрів у 1988 році за ініціативою Міністерства було розроблено проект спеціального житлового будинку з комплексом служб соціально-побутового призначення для самотніх ветеранів війни і праці, який передано облдержадміністраціям для використання.

Для покращання умов проживання та соціального обслуговування самотніх ветеранів війни і праці спеціальні будинки побудовано і заселено в містах: Києві, Одесі, Керчі, Білій Церкві Київської області та інших. Через відсутність коштів у місцевих бюджетах ця форма обслуговування не набула розвитку.

Мережа будинків-інтернатів в Україні

Як зазначалося в попередній главі, сьогодні в Україні діє 275 будинків-інтернатів на 53 тисячі місць, у яких на державному утриманні перебуває 47 тисяч громадян. Із цієї кількості стаціонарних закладів для літніх людей спеціалізовано 53 установи. В останні роки сформувалася й зростає мережа пансіонатів для ветеранів війни та праці і геріатричних пансіонатів із підвищеними нормами витрат на утримання громадян похилого віку. Зараз їх налічуємо 15.

Крім того, при колективних сільськогосподарських підприємствах (колишніх колгоспах) діє 341 будинок-інтернат на 3230 місць для осіб похилого віку із села, в яких проживає 2333 чоловік.

Функціонування будинків-інтернатів системи соціального захисту населення здійснюють на таких принципах:

- розміщення будинків-інтернатів у залежності від потреб окремих регіонів; будинки-інтернати загального типу, психоневрологічні інтернати та дитячі будинки-інтернати створюють, перепрофілюють та ліквідовують згідно з рішенням місцевих органів виконавчої влади за погодженням з Міністерством праці та соціальної політики України; спеціальні будинки-інтернати утворюють, реорганізують і ліквідовують за рішенням Кабінету Міністрів України;

- на базі правових норм, які розробляє Міністерство праці та соціальної політики України, здійснюють єдиний підхід до планування, фінансування, організації та управління інтернатними установами, що забезпечує рівні можливості для всіх громадян, які проживають у будинках-інтернатах в Україні;

- здійснення спеціалізації в обслуговуванні різних категорій осіб;

- надання (поряд з іншими) реабілітаційних послуг, що дають можливість досягти і підтримувати оптимальний для підопічного рівень самостійності й життєдіяльності. Реабілітація включає заходи для забезпечення чи відновлення функцій організму або компенсації втрати чи відсутності функцій чи функціонального обмеження;

- держава гарантує громадянам похилого віку та інвалідам отримання комплексу передбачених нормативними актами послуг на підставі принципу соціальної справедливості незалежно від статі, раси, національності, мови, положення, майнового і службового стану, місця проживання, відношення до релігії, переконань, належності до громадських об'єднань та інших обставин.

Будинки-інтернати всіх типів і профілів організують в спеціально побудованих або пристосованих будівлях із необхідними приміщеннями, які по-

Будинок-інтернат — це стаціонарна соціально-медична установа для постійного проживання громадян похилого віку, ветеранів війни і праці, інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування.

винні відповідати санітарно-гігієнічним та протипожежним вимогам, вимогам техніки безпеки та мати всі види комунального благоустрою для проживання підопічних.

Будинки-інтернати всіх типів забезпечують:

- соціально-побутове обслуговування, опалення, освітлення, радіофікацію, тепло-, водопостачання тощо;
- цілодобове медичне обслуговування, а також забезпечення життєво необхідними ліками за переліком, встановленим Міністерством охорони здоров'я і Міністерством праці та соціальної політики;
- житлом у межах санітарної норми, твердим інвентарем (ліжко, стіл, стілець, шафа тощо) та столовим посудом; одягом, взуттям і м'яким інвентарем;
- раціональним чотириразовим харчуванням, зокрема й дієтичним, з урахуванням віку і стану здоров'я осіб, які проживають у будинку-інтернаті;
- слуховими апаратами, окулярами, протезно-ортопедичними виробами, зубним протезуванням, спеціальними засобами пересування (крім моторизованих), медикаментами та препаратами відповідно до медичного висновку;
- організацію культурно-масової та оздоровчо-спортивної роботи з урахуванням стану здоров'я і віку мешканців будинку-інтернату;
- закупівлю підручників, навчального обладнання, сільськогосподарського та спортивного інвентаря для загальноосвітнього і виробничого навчання молоді, підлітків і дітей з функціональними обмеженнями.

Структурними підрозділами будинків-інтернатів виробничого характеру є підсобні господарства, промислові виробництва та лікувально-виробничі майстерні. Підсобні господарства здійснюють виробництво і переробку рослинницької та тваринницької продукції для забезпечення харчування підопічних, які проживають у стаціонарній установі соціального обслуговування населення. Промислові виробництва займаються виробництвом для потреб стаціонарної установи будівельних матеріалів, гончарних виробів, меблів, тари, товарів культурно-побутового призначення, мистецьких виробів, сувенірів тощо. Завданням лікувально-виробничих майстерень є застосування різних видів праці підопічних із метою лікувального впливу на них, підвищення їхнього психічного та фізичного тону, створення сприятливих умов для досягнення стійких ремісій і запобігання психічній та соціальній деградації.

Сучасні стаціонарні установи соціально-медичного обслуговування системи соціального захисту населення розподіляють на три типи:

- будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричні будинки-інтернати, геріатричні пансіонати, пансіонати для ветеранів війни і праці, спеціальні будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів (загальний тип);
- психоневрологічні інтернати;
- дитячі, будинки-інтернати чотирьох профілів.

Серед стаціонарних установ загального типу виділені **геріатричні будинки-інтернати**. *Геріатрія* (наука про старість, лікування літніх людей) — розділ клінічної медицини, що вивчає особливості захворювань у людей старшого віку та розробляє методи їх лікування і профілактики. Геріатричні будинки-інтернати (відділення) призначені для проживання осіб з вираженими віковими порушеннями психіки, що підтверджено висновком лікувально-консультативної комісії органів охорони здоров'я (судинні і сенильні захворювання з проявами недоумства без вираженого психомоторного неспокою (стривоженості) та тривалих або рецидивних станів зміненої свідомості). Перетворення (профілізацію) будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів у геріатричні здійснюють за рішенням місцевих органів виконавчої влади, за погодженням з Міністерством праці та соціальної політики України. У цих будинках-інтернатах штати і умови оплати праці такі ж самі, як і в психоневрологічних інтернатах.

До стаціонарних установ загального типу відносять і **пансіонати для ветеранів війни і праці**. Міністерство праці та соціальної політики України рекомендувало в кожній області створити пансіонати¹ для громадян похилого віку та інвалідів, але на цей час в Україні функціонує лише 13 таких установ.

Пансіонати — це установи інтернатного типу з умовами проживання підвищеної комфортності.

Спеціальні будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів. Це медико-соціальні установи системи соціального захисту населення для постійного проживання інвалідів першої та другої груп і громадян похилого віку (чоловіків віком старших 60 років, жінок — старших 55 років) із числа звільнених з місць позбавлення волі особливо небезпечних рецидивістів та інших осіб, за якими відповідно до чинного законодавства встановлено адміністративний нагляд, а також для тих осіб, які направляються з приймальників-розподільників із числа інвалідів першої та другої груп і громадян похилого віку, раніше засуджених або неодноразово притягваних до адміністративної відповідальності за порушення громадського порядку, якщо зазначені особи потребують догляду, побутового і медичного обслуговування, систематичного та цілеспрямованого виховного впливу державних і громадських організацій, а також для громадян, яких за рішенням місцевих органів виконавчої влади переводять з інших інтернатних установ загального типу за систематичне порушення громадського порядку, вживання алкоголю та інших токсичних препаратів, необґрунтовані сварки, бійки, якщо до них неодноразово застосовувалися заходи адміністративного і громадського впливу.

Слово "пансіонат" походить від французького "pension". У XVI ст. у Франції воно означало "плата за харч і житло", на початку XVII ст. — навчальний заклад закритого типу. Зараз це слово вживають у значенні "невеликий будинок, дім, в якому здають кімнати з повним обслуговуванням і харчуванням (утримання мешканця на повному забезпеченні)".

До другого типу відносяться **психоневрологічні інтернати**, які є стаціонарними соціально-медичними установами, призначеними для постійного проживання громадян із психоневрологічними захворюваннями, які потребують стороннього догляду і медичного обслуговування. Ці інтернати забезпечують умови, що сприяють соціально-психологічній реабілітації, адаптації підопічних у новому середовищі та лікуванню їх працетерапією.

До третього типу належать **дитячі будинки-інтернати**, які є соціально-медичними установами для постійного проживання дітей з вадами фізичного або розумового розвитку, котрі потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування.

На влаштування до стаціонарних установ соціально-медичного обслуговування і отримання в них комунально-побутових та соціально-медичних послуг мають право громадяни похилого віку та інваліди, що є самотніми або втратили зв'язок з близькими родичами чи через відсутність необхідних житлових і побутових умов проживання в сім'ї, а також у зв'язку з важким матеріальним становищем, хронічним захворюванням тощо. **Особу влаштовують у стаціонарну установу тоді, коли вичерпані всі можливі варіанти пристосуватися до життя в домашніх умовах.**

При розв'язанні проблем із необхідності влаштування особи в стаціонарний заклад системи соціального захисту населення потрібні такі факти: 1) волевиявлення зацікавленої особи у влаштуванні в стаціонарну соціальну установу; 2) вік особи; 3) необхідність стороннього догляду, побутового обслуговування і медичної допомоги; 4) відсутність протипоказань до перебування у стаціонарній установі; 5) рішення компетентних органів про прийом до стаціонарної установи.

У будинки-інтернати, інші стаціонарні установи системи соціального захисту населення громадян приймають на добровільній підставі, за їхнім власним бажанням. Про добровільність волевиявлення свідчить цілий комплекс дій особи похилого віку чи інваліда: клопотання перед органом соціального захисту населення про видачу путівки, власноручно написана заява, проходження медогляду, поведінка на співбесіді тощо.

У Типових положеннях, що регулюють діяльність відповідного закладу, маємо перелік документів, на підставі яких обласне чи прирівняне до нього управління соціального захисту населення видає путівки до стаціонарних установ системи.

Питання джерел фінансування стаціонарних установ є одним із найважливіших за умов ринкової економіки. Адже коштів, що виділяють із місцевого бюджету на потреби стаціонарних установ, тепер не вистачає. Виникає потреба в пошуках інших джерел їх надходження.

Одним із найстаріших способів здобування грошей була діяльність самих мешканців таких установ, що, врешті-решт, привело до створення спочатку сільськогосподарських підсобних господарств, а пізніше — лікувально-виробничих майстерень і міні-виробництва. Будинки-інтернати нагромадили великий досвід у веденні фінансово-виробничої діяльності. Прибутки від ви-

робничої діяльності використовують на організацію, утримання і розширення цих господарств, на виплату заробітної плати їхнім працівникам і, головне, на поліпшення харчування і культурно-побутового обслуговування осіб похилого віку та інвалідів, котрі мешкають у будинках-інтернатах.

У Типових положеннях зазначено, що інтернатні установи для розвитку матеріально-технічної бази, благоустрою, культурно-виховної роботи можуть використовувати допомогу підприємств, організацій, релігійних конфесій, благодійних об'єднань та окремих громадян.

Значну допомогу інтернатним установам надає Фонд України соціального захисту інвалідів. За зверненнями обласних чи прирівняних до них управлінь праці та соціального захисту населення або самих інтернатів через обласні відділення Фонду виділяють кошти на розвиток матеріальної бази, а також для придбання цінних подарунків для інвалідів до Міжнародного дня інвалідів, для інвалідів-ветеранів війни до Дня Перемоги тощо.

У багатьох будинках-інтернатах відкрито магазини з продажу товарів широкого вжитку та лишків сільськогосподарських продуктів, вироблених у цих установах. Виручені кошти йдуть на розвиток матеріально-технічної бази інтернатних установ.

У переважній більшості областей медичні працівники з метою ефективного та раціонального використання бюджетних коштів застосовують нетрадиційні методи лікування — фітотерапію, гомеопатотерапію, нові форми господарювання, зокрема надання платних медичних послуг. Будинки-інтернати надають також транспортні послуги, виконують сільськогосподарські роботи на замовлення фізичних і юридичних осіб, а також здають в оренду вільні приміщення.

Волонтерський рух "пенсіонер пенсіонеру"

Забезпеченням повноцінної, активної, здорової старості займаються, як ми побачили вище, багато офіційних органів і служб, громадських, культурних і благодійних організацій.

Разом з тим, незважаючи на постійні зусилля та фінансові затрати, надати допомогу кожній літній людині, забезпечити її культурні, фізичні, соціальні та матеріальні потреби дуже важко. Всі державні служби та організації потребують допомоги добровольців, або, як їх називають у зарубіжних країнах, волонтерів — людей соціально активних за внутрішнім покликанням, глибоким усвідомленням своєї необхідності суспільству у справі надання посильної допомоги і передачі своїх знань, умінь тим, хто цього потребує.

Волонтерський рух виник із стихійних груп добровольців, які збиралися для розв'язання проблем, пов'язаних з наданням допомоги відповідним категоріям людей.

За даними фахівців, більше 80% людей похилого і старшого віку зберегли той рівень здоров'я, при якому не потрібна стороння допомога. Серед них переважна більшість (до 70%) — ті, хто залишив професійну трудову діяльність. Непрацюючі старі люди, які зберегли здоров'я й організовані у добровільні осередки, роблять вагомий внесок у боротьбу з тенденцією до самоізоляції, поширеної серед самотніх непрацюючих пенсіонерів.

Волонтерство:

- це добровільний вибір, що відбиває погляди і позиції людини;
- це активна участь громадянина в житті людських співтовариств;
- сприяє покращенню якості життя, особистому процвітанню та поглибленню солідарності;
- виражається, як правило, у спільній діяльності в рамках різних асоціацій;
- сприяє здійсненню визначальних людських потреб на шляху побудови справедливішого та мирного суспільства.

Волонтери використовують на практиці такі принципи:

- визнають право на об'єднання за всіма чоловіками, жінками, дітьми, незалежно від їхньої расової приналежності, віросповідання, фізичних особливостей, соціального і матеріального стану;
- поважають гідність та культуру всіх людей;
- надають взаємну допомогу, безоплатні послуги особисто або організовано в дусі партнерства і братерства;
- визнають рівну важливість особистих та колективних потреб, сприяють колективному забезпеченню цих потреб;
- ставлять перед собою мету перетворити волонтерство в елемент особистого процвітання, набуття нових знань та навичок, удосконалювання спроможностей;
- стимулюють для цього ініціативу і творчість людей, даючи кожному можливість бути творцем, а не користувачем;
- стимулюють почуття відповідальності, заохочують сімейну, колективну і міжнародну солідарність.

В Україні є всі передумови для розвитку волонтерського руху на такому ж рівні, як і в країнах, де він давно вже діє, приносячи цінні, добрі плоди всьому суспільству.

Указом Президента України Л.Д. Кучми від 10 грудня 1997 року затверджено державну Програму "Здоров'я літніх людей", відповідно до якої розвиток волонтерського руху серед людей похилого віку доручено організаціям ветеранів України за сприяння місцевих владних структур. При цьому не слід вважати, що волонтерський рух підмінятиме діяльність державних установ соціально-побутової та медичної допомоги особам похилого віку. Головним завданням волонтерського руху є розширення можливостей для цієї категорії людей якомога довше зберігати соціальну активність, бо наявність мети і прояв турботи щодо конкретної людини є могутнім чинником життєстійкості.

Виявлення потенційних добровольців, їхня організаційна підтримка, визначення видів і форм підтримки і допомоги, організація їх навчання і підготовки, встановлення контактів з пенсіонерами, які потребують доброго ставлення і допомоги, все це важливе завдання для тих, хто береться за організацію волонтерського руху.

Уже зараз чимало територіальних центрів мають добровольців з числа місцевих жителів — пенсіонерів. Цікавого досвіду набули єврейські благодійні фонди — хеседи, створені практично в усіх обласних центрах України. Так, в київському фонді "Хесед-Авот", який допомагає майже 15 тисячам людей похилого віку, працює понад 500 волонтерів, більшість із яких самі пенсіонери.

Особливої турботи і уваги потребують люди, які стали пенсіонерами і погано уявляють собі майбутній спосіб життя, шляхи реалізації накопиченого досвіду і знань. Пропозиція ввійти до волонтерського руху може бути прийнята багатьма з них із подякою.

Літні люди у країнах Європейського Союзу

1992 року у всіх країнах — членах Європейського Союзу (ЄС) було проведено дослідження з умовною назвою "Європейський барометр" для збору інформації щодо становища літніх людей і розв'язання їхніх проблем.

В анкеті є твердження, що старість — це ще один приємний етап життєвого розвитку: "Ставши старим, я знову зажив повнокровним життям". Серед шведів повністю погодилися з цим 13%, ще 32% частково поділяють цю тезу. Після досягнення 80-річного віку число задоволених старістю зменшується до 7%. У інших країнах ЄС картина приблизно така сама, але є деякі відмінності. Наприклад, значно більша частка опитуваних згідна з тезою про "приємну старість" у таких країнах, як Іспанія (27%), Данія (24%), Великобританія та Люксембург (20%), тоді як їх кількість знижується в Греції (7%), Німеччині і Бельгії (9%).

Людам, які вийшли на пенсію, ставили питання, чи хочуть вони продовжувати працювати — повний робочий день або частково — після оформлення пенсії. У Швеції більшість опитуваних заявила, що не прагне цього. В інших країнах ЄС ця цифра склала 58%. Отже, більше 30% пенсіонерів хотіли б продовжувати працювати.

Що стосується форм соціального обслуговування людей похилого віку, то в останні роки політика спрямовувалася перше за все на те, щоб надати їм можливість якомога довше жити у себе вдома. Відповідаючи на питання, чи варто в першу чергу розвивати соціальні установи догляду за літніми чи поліпшувати якість послуг на дому, 59% опитуваних висловилися за перше, 34% — за друге (7% — не визначилися). Ці результати суперечать прагнен-

ням останніх років надати можливість літнім людям отримувати догляд та лікування на дому. Окрім чинника надійності, що відіграє свою роль, підтримку догляду в стаціонарних установах можна розглядати як виказ недовір'я "домашній" альтернативі. Тут багато що залежить від внеску родичів. Така взаємозалежність може викликати опір як з боку самої літньої людини, так і його ближніх. У середньому в країнах ЄС послугами служби догляду на дому користуються 12,5%. Відмінності по країнах досить великі (від 1,5% в Люксембурзі до 66,7% у Данії).

Дуже корисним і цікавим є досвід соціальної роботи з людьми похилого віку в країнах Скандинавії (Фінляндії, Швеції, Норвегії). Кількість людей похилого віку (а пенсійний вік тут починається з 65 років як для жінок, так і для чоловіків) у цих країнах збільшується, а це дуже відчутно в аспекті соціального обслуговування.

Тенденціями, що характеризують становище людей похилого віку цих країн, є:

- збільшення кількості самотніх,
- вищий, ніж раніше, рівень освіти та платоспроможності,
- поінформованість старшого покоління про пільги та послуги, що їх повинні надавати,
- активний творчий внесок літніх людей у життя суспільства.

Одним із завдань системи обслуговування людей похилого віку Швеції є збереження за літніми права вибору помешкання. Якщо людина хоче жити у себе вдома, вона повинна мати таке право, навіть якщо при цьому зростає потреба в отриманні допомоги. Люди, які потребують догляду і не бажають (чи не можуть) мешкати в домашніх умовах, мають можливість вибрати проживання в "особливих умовах". Розширення сфери послуг на дому, а також поліпшення житлових умов в цілому привели до того, що все більше літніх людей віддає перевагу залишатися вдома якомога довше. Тому прохання на переїзд до "будинку сервісу" подають, як правило, вже тоді, коли потреба в обслуговуванні суттєво зростає. Ці будинки розташовані у звичайних житлових кварталах. У квартирах "будинків сервісу" чи в безпосередній близькості знаходяться медико-соціальні служби, персонал яких цілодобово може надавати допомогу. Цей персонал складається з людей, які отримали спеціальну освіту на рівні професійно-технічного училища.

Частина літніх людей настільки потребує догляду, що для них стає необхідним довгострокове соматичне чи психіатричне лікування в клінічних умовах. Кількість осіб старших 65-річного віку, які проживають у соці-альних установах того чи того типу, сягає 6%. Зрозуміло, що більшість із них — посправжньому старі люди. Інші мешкають у себе вдома, при чому 20% із них потребують регулярної допомоги, яку вони рівною мірою отримують або від своїх родичів, або від державних структур.

Серед послуг, що надають літнім людям у цих країнах, молена назвати: доставку обідів, годування, купання, догляд за нігтями, волоссям, транспортування, прання, організацію дозвілля, фізкультурних занять тощо. Неформальні соціальні системи та підтримка з боку громадських організацій займають вагомe місце в цих країнах.

<i>Серед опитуваних, які регулярно отримують допомогу, джерела її надходження розподілились таким чином:</i>	
<i>Чоловік/Дружина/Співмешканець</i>	<i>32%</i>
<i>Діти</i>	<i>4%</i>
<i>Інший родич</i>	<i>3%</i>
<i>Друг</i>	<i>2%</i>
<i>Оплачувані приватні послуги</i>	<i>3%</i>
<i>Соціальна служба догляду на дому</i>	<i>46%</i>

Контрольні запитання

- 1. Назвіть чинники старіння і охарактеризуйте їх.*
- 2. Дайте психологічну характеристику процесу старіння.*
- 3. Розкрийте актуальні проблеми людей похилого віку.*
- 4. Які форми соціальної роботи з людьми похилого віку Ви знаєте?*
- 5. У чому полягає зміст діяльності установ, які здійснюють соціальну роботу з людьми похилого віку?*
- 6. Які обов'язки соціального працівника в цих установах?*
- 7. У чому специфічність роботи і тактики поведінки соціального працівника при індивідуальній роботі з людьми похилого віку?*

Рекомендована література

1. Конституція України.
2. Закон України "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні".
3. Програма "Здоров'я літніх людей", затверджена Указом Президента України від 10.12.97 р., №1347/97.
4. Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року, схвалені указом Президента України від 24 травня 2000 року.
5. Іванова О., Семигіна Т. Система соціального обслуговування та соціальних служб в Україні // Соціальна робота в Україні: перші кроки (за ред. В.Полтавця). — К.: КМ Academia, 2000. — С. 112—129.
6. Фокін В.А., Фокін І.В. Соціальна робота з літніми сім'ями в Росії // Соціальна політика і соціальна робота. — 2000. — № 1. — С. 83—89.
7. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Т. Социальная геронтология. — М.: ВЛАДОС, 1999.— 224 с.

Глава 7

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБМЕЖЕННЯ

Навчальні цілі:

- ознайомити з напрямками, принципами та формами соціальної роботи з окремими групами людей з обмеженими можливостями;
- ознайомити з критеріями належності, нормативно-правовою базою та системою закладів державної допомоги розумово відсталим клієнтам та їхнім родинам;
- визначити місце соціальної роботи в системі комплексної допомоги розумово відсталим клієнтам;
- розкрити поняття ролі соціального працівника в системі допомоги психічно хворим.

Суспільство схильне сприймати інваліда крізь призму негативних стереотипів. Значна кількість людей звикла упереджено ставитися до них, вважаючи інвалідів непрацездатними, неспроможними, ні на що не придатними. Людині з обмеженнями приписують негативні чи міфічні риси характеру, від неї очікують певної незвичної поведінки, її побоюються. Все це принижує людину, якій доводиться жити з інвалідністю. Упродовж останніх 20 років у більшості країн Європи замість терміна "інвалід" уживають вирази типу "людина з функціональними обмеженнями" або "людина з обмеженими можливостями".

В нашій нормативній літературі до цього часу користуються терміном "інвалід". Саме тому ми будемо вживати різні терміни — як ті, що вже стали унормованими в міжнародній практиці (людина з функціональними обмеженнями), так і прийняті в законодавчому полі України (інвалід). В главі визначено причини, що можуть призвести до інвалідності, подано загальні принципи, форми і методи соціальної роботи з цією групою людей. Зокрема тут йдеться про інноваційні форми роботи з інвалідами з фізичними і сенсорними обмеженнями, інвалідами з розумовою відсталістю та людьми з проблемами психічного здоров'я. Подано також деяку інформацію про нормативно-правову базу соціального захисту інвалідів у нашій країні.

Люди з обмеженими можливостями

Причини, що призводять до інвалідності, можемо поділити на дві загальні групи — **соціальні** та **біологічні**. Потрібно враховувати, що такий поділ є умовним і в дійсності ці причини взаємообумовлені, тому відокремити їх одну від одної досить важко.

До соціальних причин відносимо:

- зубожіння населення;
- каліцтва, отримані внаслідок військових конфліктів, професійної діяльності, аварій;
- погіршення екологічної ситуації.

До біологічних причин відносимо:

- хвороби, в тому числі інфекційні захворювання;
- генетичні аномалії: це можуть бути хромосомні порушення, порушення обміну речовин батьків, особливо матері або дитини, вроджена патологія;

- до- і післяпологові травми, ускладнення при пологах;

- старіння людини.

Інвалідність може бути внаслідок:

- фізичних та сенсорних обмежень;
- розумових обмежень;
- внутрішніх захворювань;
- проблем психічного здоров'я.

Відповідно до часу появи обмеження є вродженими або такими що з'являються впродовж життя.

В Декларації про права інвалідів сказано, що поняття "інвалід" позначає особу, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого і/або соціального життя внаслідок недоліку, вродженого або ні, його чи її фізичних або розумових здібностей.

Загальні принципи, форми і методи соціальної роботи з людьми, які мають обмеження

Повноцінне життя людини можливе лише за умови, коли вона не відчуває ніяких обмежень у виконанні життєвих функцій. Проте, якщо такі обмеження з певних причин все ж виникають, в цивілізованому суспільстві це означає лише те, що спільними зусиллями цієї людини та її оточення вони мають бути усунуті.

Головною метою і результатом соціальної роботи з людьми з обмеженнями є максимально можливе залучення їх до всіх сфер соціального життя, наближеного до такого стану здійснення соціальних функцій, яке притаманне звичайним людям. Під соціальними функціями (їх також називають со-

ціальними вміннями) розуміють навчання, трудову діяльність, здатність до самообслуговування і самостійного пересування, здатність до комунікації тощо.

Соціальну роботу з людьми, які мають обмеження, здійснюють з позицій забезпечення *"рівних можливостей"*, *нормалізації* та *інтеграції*. Терміном *"рівні можливості"* позначають процес, внаслідок якого різні соціальні інститути є доступними для кожного у задоволенні своїх потреб у звичайній системі освіти, охорони здоров'я, зайнятості та в системі соціальних послуг. Термін *"нормалізація"* стосується всіх сфер унормованого життя суспільства. Зазначений термін включає звичайний денний розпорядок, відповідну конфіденційність, залучення до соціальних, емоційних і сексуальних стосунків з іншими, можливості для особистішого зростання, отримання оплачуваної роботи, вибір і участь у прийнятті рішень, що стосуються власного життя. Тенденція навчати дітей з функціональними обмеженнями у звичайних школах відображає *процес інтеграції* і сприяє демістифікації інвалідності в очах населення. Інтеграція є перспективною щодо підняття самооцінки і самоочікування дітей з функціональними обмеженнями, вони отримують можливість будувати дружні стосунки зі звичайними однолітками, які в свою чергу вчаться з розумінням ставитися до дітей з обмеженими можливостями, відрізняючи їх самих від їхніх перешкод. Методологічно ці тенденції мають витоки з теорії гуманістичної психології К. Роджерса та логотерапії В. Франкла і ґрунтуються на визнанні *універсальності та цілісності кожної особистості*. За цими теоріями особистість людини з функціональними обмеженнями розвивається у відповідності з загальними закономірностями розвитку людини, а дефект, стан чи хвороба визначають похідні симптоми, що виникають опосередковано упродовж аномального соціального розвитку.

Слід зазначити, що інтеграції, наприклад, людини з порушеннями опорно-рухового апарату в суспільство заважають *низькі очікування, виключення і дискримінація*. Ці явища виявляються у:

- високому рівні абортів при несприятливих результатах допологової діагностики;
- відмові батьків від дитини;
- тавруванні медичним діагнозом;
- відсутності рівних можливостей в отриманні освіти;
- нерівності на ринку праці;
- обмежених можливостях для особистісного зростання, отримання життєвого досвіду;
- обмеженнях в отриманні підходящої роботи;
- складності знаходження власного місця у житті;
- ізолюваності в соціальному довір'ї.

Все це може стати причиною стигматизації. Виходячи з соціальних уявлень про фізичну і розумову перевагу, таких осіб остерігаються, уникають і *"виштовхують"*.

Прийнято говорити про такі принципи соціальної роботи з людьми, які мають обмежені можливості:

- якомога ранній початок здійснення реабілітаційних заходів;
- безперервність і поетапність їх проведення;
- комплексний характер реабілітаційних програм, з урахуванням їхніх медичних, педагогічних, психологічних, професійних, соціально-побутових, технічних аспектів;
- індивідуальний підхід до визначення характеру і направленості реабілітаційних заходів, що ґрунтується на координації роботи спеціалістів різного профілю (лікарів, педагогів, психологів, соціальних працівників, логопедів, терапевтів, реабілітологів, техніків із протезування, спеціалістів профорієнтації).

Основні напрями соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями

Соціальна робота з людьми з обмеженими можливостями має ґрунтуватися на засадах *соціально-психологічної та педагогічної допомоги, соціальної адаптації та реабілітації*. Адаптацію розглядають як пристосування з використанням резервних, компенсаторних здібностей, а реабілітацію — як відновлення, активізацію. Без надійного адаптаційного апарату (фізіологічного, психологічного, біологічного) неможлива повноцінна реабілітація людини з обмеженнями. В процесі реабілітації компенсаторний механізм використовують для подолання певного дефекту, а в процесі адаптації — для пристосування до нього.

Початок соціальної адаптації пов'язаний з ліквідацією дефіциту спілкування дитини з обмеженими можливостями з її здоровими однолітками.

В Україні у переважної більшості людей з функціональними обмеженнями спостерігають прояви соціально-психологічної дезадаптації. Ґрунтом їх є два чинники: *соціальний і психологічний*. Під соціальним чинником ми розуміємо той статус, який має особа. Складності, з якими вона стикається, не обмежуються професійно-трудовою сферою. Ускладнені практично всі різновиди соціальної життєдіяльності: отримання освіти, проведення вільного часу, сімейне життя. Всю сукупність соціальних обмежень можна підвести під поняття — соціальна ізоляція особи з обмеженими можливостями. Другим чинником соціальної дезадаптації названо психологічний. При спробах інтеграції постають такі проблеми, як відсутність навичок спілкування, несформованість потреб у такому спілкуванні, неадекватна самооцінка, негативне сприйняття оточуючих людей, гіпертрофований егоцентризм.

Одним із напрямів інтегрування осіб з функціональними обмеженнями у середовище здорових людей є організація соціального оточення, яке формує поле міжособистісних стосунків і задовольняє одну з важливих потреб — потребу

в спілкуванні. Метою такої соціально-психологічної взаємодії є формування у дитини або підлітка здатності до адекватного міжособистісного спілкування і набуття ними психологічної захищеності.

Іншим важливим напрямком, або технологією, соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями є *навчання методів самодопомоги і взаємодопомоги, стимулювання само- і взаємопідтримуючої діяльності* їхнього найближчого оточення.

Варто згадати, що завданням та функцією соціального працівника у роботі з людьми з обмеженими можливостями є створення умов, які сприятимуть самоактуалізації клієнта, якомога повнішому включенню його до соціального доквілля.

Соціальний працівник є експертом, партнером, посередником. Як *експерт* він оцінює індивідуальні потреби клієнта. Як *партнер* — разом з клієнтом складає план утручання та забезпечує отримання клієнтом соціальних послуг за місцем проживання. Роль *посередника* передбачає розв'язання конфліктних ситуацій, що виникають між членами сім'ї, між сім'єю як первинною соціальною групою та іншими соціальними інституціями. Відповідно, соціальна робота з людьми, яким встановлено інвалідність, по суті, має кілька функцій: *посередницьку, комунікаційну, побутову, реабілітаційну, технічну, творчу*.

Наголосимо на формах і методах соціальної роботи з людьми, які мають обмежені можливості:

- центри соціальної реабілітації та адаптації. Головна мета їхньої діяльності — формування елементарних умінь, сприяння розвитку навичок самообслуговування, самостійної побутової діяльності, виявлення особистісних здібностей кожного клієнта, сприяння його адаптації і повній інтеграції в сучасне суспільство;
- збір і систематизація банків даних щодо дітей і молоді з обмеженими можливостями;
- індивідуальна робота (консультації з навчання і працевлаштування; вирішення юридичних питань з прав та пільг; медико-соціальна та психолого-педагогічна допомога, телефонне консультування);
- групова робота (клуби за інтересами для дітей-інвалідів, молодих інвалідів та їхніх сімей). Власне, йдеться про психолого-корекційну роботу, тренінги, семінари, бесіди, диспути, круглі столи, екскурсії, змагання тощо;
- спеціалізовані служби знайомств для клієнтів;
- консультативні пункти, клуби спілкування та взаємодопомоги батьків дітей-інвалідів, просвітницькі курси для батьків;
- організація масових заходів (конкурсів, фестивалів, виставок, концертів, добродійних акцій);
- оздоровлення;
- сприяння навчанню та працевлаштуванню. Так, громадські ор-

ганізації створюють майстерні з пошиття одягу, курси з навчання користування ЕОМ;

- матеріальна допомога.

Реалізація державної політики соціального захисту людей з обмеженими можливостями

Чинником, який посилює значущість проблем клієнтів з обмеженнями, є зростання їх частки в загальній структурі населення. За останні шість років їх кількість в Україні збільшилася з 2 млн. 102 тис. до майже 2 млн. 472 тис. осіб (з 4,0% до 4,7% від загальної кількості населення).

Загальну тенденцію до збільшення людей з обмеженнями посилює криза системи медичного обслуговування, зменшення можливостей повноцінного відпочинку і харчування, погіршення умов праці та екологічної ситуації.

Серед міжнародних документів, що стосуються визначення і дотримання прав і свобод людей з обмеженнями, визначальне місце посідає Загальна декларація прав людини та Декларація про права інвалідів.

В Україні гарантії соціального захисту людей з обмеженнями визначені законами "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", "Про реабілітацію політичних жертв в Україні", "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" гарантує людям з обмеженнями рівні з іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створює необхідні умови, які дають можливість інвалідам вести повноцінне життя відповідно до їхніх індивідуальних здібностей та інтересів. Він забезпечує їм право працювати на підприємствах, в організаціях і установах зі звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується робота людей з обмеженнями. Цьому сприяє положення "Про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів".

На сьогодні в Україні існують такі заклади обслуговування осіб з обмеженими можливостями:

- територіальні центри та підпорядковані їм відділення денного перебування;
- відділення соціальної допомоги вдома;
- центри соціально-трудової та професійної реабілітації, зокрема центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів;
- будинки-інтернати;

- санаторії і пансіонати;
- підприємства Українського виробничого концерну "Укрпротез";
- служби медико-соціальної експертизи.

Територіальний центр надає послуги клієнтам, у тому числі з обмеженими можливостями, спрямовані на підтримання їхньої життєдіяльності і соціальної активності.

Стационарне соціальне обслуговування передбачає різнобічну соціально-побутову допомогу клієнтам, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного догляду. Відповідні стационарні установи профільовані у відповідності з віком, станом здоров'я та соціальним становищем користувачів.

У системі соціальних служб для молоді здійснюють соціальний патронаж, індивідуальну роботу вдома, соціально-психологічне опікунство, сприяють загальному розвитку дітей.

Центри соціально-трудова та професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями організовують різні види виробничої діяльності для працевлаштування відповідних клієнтів, професійне навчання їх, надання психологічної та юридичної допомоги, сприяють влаштуванню особистого життя людей.

Фінансування роботи установ соціального захисту людей з обмеженими можливостями здійснює Фонд України соціального захисту інвалідів.

Пріоритетним напрямом фінансування соціальних потреб інвалідів у 2001 році, як і в попередні роки, залишається забезпечення інвалідів протезно-ортопедичними виробами і засобами реабілітації.

Державна програма соціально-побутового та матеріального забезпечення інвалідів включає в себе оплату за виготовлені протезно-ортопедичні вироби, засоби пересування і реабілітації, придбання путівок на санаторно-курортне лікування, забезпечення виплати інвалідам деяких грошових компенсацій та адресної соціальної допомоги, передбачених чинним законодавством.

Адресна державна підтримка малозабезпечених категорій охоплює 9,6 тис. малозабезпечених сімей. Із цієї кількості біля 12% складають сім'ї, що мають осіб з обмеженими можливостями. Складовою частиною адресної державної підтримки є Програма житлово-комунальних субсидій, спрямована з 1995 року на захист сімей з низькими доходами.

Пенсійне забезпечення охоплює майже 14 млн. українських громадян, у тому числі й інвалідів.

Реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здійснюють у кількох напрямках.

Зокрема створенням нових і збереженням існуючих робочих місць, соціально-трудова та професійною реабілітацією. Сьогодні на підприємствах різних форм власності працює понад 270 тисяч таких людей. З бюджету надходять кошти на фінансову підтримку та переоснащення підприємств.

Готують до прийняття *Національну програму професійної реабілітації та зайнятості інвалідів*. Відповідно до Указу Президента України "Про Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів" від 23.05.2001 р. № 325/2001, розпочато роботу Національного центру професійної реабілітації та зайнятості інвалідів у м. Києві і мережі обласних центрів у регіонах.

Другим напрямом є створення *центрів соціально-трудової та професійної реабілітації інвалідів*. У них налагоджують столярне, швацьке, деревообробне, поліграфічне виробництво, м'ясопереробні, коптильні, сироварні цехи, пекарні, майстерні ремонту взуття і побутової техніки. При центрах діють їдальні, оздоровчі комплекси, стоматологічні кабінети, навчальні класи (комп'ютерний і швацький), підрозділи естетичного виховання та навчання прикладної народної творчості, служби медичної і психологічної допомоги, юридична консультація.

Третім, і найменш розвинутим, напрямом є *соціально-психологічна реабілітація* клієнтів. З бюджету йдуть кошти на підготовку та участь спортсменів в Параолімпійських іграх. На літніх Параолімпійських іграх в Сідней 2000 року наші атлети вибороли 34 медалі (з них три золоті та 20 срібних нагород). Діє структура закладів фізичної культури, спорту і реабілітації людей з обмеженими можливостями "Інваспорт", до складу якої входять Український та обласні центри. З 1989 року щорічно проводять Спартакіаду інвалідів.

Четвертим напрямом є *зміцнення матеріальної бази та фінансування* діяльності закладів соціальної сфери.

Основним навчально-виховним центром для дітей з функціональними обмеженнями є спеціальні школи за профілем, а також допоміжні школи — для розумово відсталих дітей. Ці спеціалізовані навчальні заклади Міністерства освіти та Міністерства охорони здоров'я організують їх утримання, навчання, виховання, оздоровлення, професійно-трудова підготовку і працевлаштування.

Враховуючи різке зростання дитячої інвалідності, розроблено і прийнято *Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів в Україні*. В основу Концепції покладено п'ятирічний досвід роботи вітчизняних центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Перший центр відкрито в Миколаєві. Зараз на його базі створено Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Методика ранньої соціальної реабілітації дозволяє поліпшувати фізичний, психологічний і соціальний статус зі значною економією державних коштів.

Досвід роботи установ і закладів соціальної сфери Миколаївщини схвалив Президент України Л.Д. Кучма.

Соціальна робота з людьми, які мають фізичні і сенсорні обмеження

В залежності від дефекту чи хвороби, що призвели до інвалідності, розрізняють осіб:

- із порушеннями опорно-рухового апарату, зокрема з церебральним паралічем;
- із порушеннями зору та сліпих;
- зі слабким слухом і глухих;
- з обмеженнями мовлення;
- глухонімих.

Незважаючи на різні медичні діагнози, клієнтів цієї групи об'єднує потенційна можливість бути *повністю залученими до повноцінного і самостійного життя в суспільстві*. Тому особливого значення набуває якомога раніше залучення їх до реабілітаційних заходів. Повністю самостійне життя для деяких осіб є недосяжним, але *програми раннього втручання дозволяють суттєво поліпшити його якість*.

Специфіку соціальної роботи з ними значною мірою визначає характер захворювання. Так, дитячий церебральний параліч може супроводжуватися ураженням інтелекту. Проблеми розвитку пов'язані з сімейними проблемами. Щонайменше у 50% клієнтів цієї категорії у віці від семи до 16 років відсутній, принаймні, один із батьків, у більшості випадків — це батько.

Значну частину соціальної роботи з особами з фізичними і сенсорними відхиленнями у нас здійснюють різні громадські організації, створені за ініціативи самих інвалідів або їхніх родичів. Йдеться про налагодження роботи центрів, які надають медико-реабілітаційну допомогу, психологічну підтримку, навчають трудових і побутових навичок, здійснюють працевлаштування та гуманітарну допомогу речами і продуктами харчування. З огляду на фінансові можливості організації використовують, як правило, лише декілька з вищеназваних напрямків роботи.

2000 року для фінансової підтримки таких громадських організацій держава виділила 7 млн. гривень. Ці кошти спрямовані на здійснення заходів соціально-трудової та професійної реабілітації.

При територіальних центрах органів соціального захисту триває розбудова мережі відділень медико-соціальної реабілітації дітей з органічними порушеннями центральної нервової системи. Такі відділення денного перебування вже діють у восьми областях. Вони обслуговують близько 1000 дітей, надаючи соціальну, медичну, освітню та психологічну допомогу дітям, хворим на ДЦП. Сьогодні заклади такого типу можна вважати найбільш гуманістичними і відкритими. Завдяки їхній роботі 70% користувачів повертаються в дошкільні заклади загального профілю.

В системі соціальних служб для молоді визначальними напрямками діяльності є соціальний патронаж молодих інвалідів, сприяння їхньому інтелекту-

альному розвитку, індивідуальна робота вдома, соціально-психологічне опікування.

Окремим напрямом стає співпраця держави і громадських організацій під час здійснення соціального замовлення. Показовим прикладом є створення мережі денних відділень для дітей з ДЦП при районних територіальних центрах у м. Києві, ініційоване міською громадською організацією "Церебрал" та підтримане Київською міською державною адміністрацією.

Серед головних проблем, які мають бути розв'язані в соціальній роботі з людьми з сенсорними обмеженнями, є нижченаведені.

Надання комплексної медичної реабілітації.

Зараз існує кілька медико-реабілітаційних центрів, у яких здійснюють комплексну медичну реабілітацію дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Тут застосовують медикаментозне лікування, медико-реабілітаційні методики із залученням медико-реабілітаційного обладнання, фізіотерапію, масаж, надають психологічну підтримку.

Досвід окремих закладів реабілітації, як, наприклад, в Одесі, Києві, доводить, що, при застосуванні відповідних методик до третини дітей, які мають ураження опорно-рухового апарату, їм може бути повернута можливість самостійно пересуватися саме завдяки медико-реабілітаційним заходам. Так, Одеський реабілітаційний центр для дітей з ДЦП — єдиний в Україні, що використовує так званий "навантажувальний костюм", який дозволяє значно покращити можливість рухатися і розмовляти.

Медична реабілітація стає частиною діяльності денних відділень при територіальних центрах, державних та громадських центрах соціально-трудової реабілітації для людей з фізичними і сенсорними обмеженнями. Центр соціально-трудової реабілітації інвалідів м. Києва забезпечує комплексну систему лікування інвалідів на основі синтезу традиційних і нетрадиційних методів лікування. Тут пропонують такі види послуг, як комп'ютерна діагностика, інформо-хвильова терапія, консультації лікарів-фахівців різного профілю, психотерапія, масаж, фізіотерапія, тренажерний зал, солярій.

Комплексна система психологічної реабілітації включає індивідуальні співбесіди, сеанси психотерапії, навчальні семінари. Фізіотерапевтичний комплекс включає магнітотерапію, електролікування, лазеротерапію.

Окремим напрямом реабілітації стає забезпечення людей з обмеженнями засобами індивідуальної корекції, а також оснащення медико-реабілітаційних центрів необхідним обладнанням. Українські підприємства роблять зараз перші кроки. Наприклад, на київському підприємстві "Артем" розробили перший вітчизняний візок з електроприводом.

Забезпечення рівних можливостей при отриманні освіти.

Саме відсутність рівних можливостей при отриманні освіти значно зву- жує життєві обрії клієнтів, хоча її й намагаються здійснювати в системі

спеціалізованих шкіл та будинків-інтернатів. Ці заклади забезпечують отримання переважно неповної середньої освіти. Отримання ж повної середньої або вищої освіти є клопотом самих дітей та їхніх батьків.

Поступово становище змінюється на краще і не в останню чергу завдяки співпраці державних і громадських організацій.

Здійснення професійної підготовки та працевлаштування.

В розвинутих країнах давно розроблені і діють програми профорієнтації дітей з фізичними і сенсорними обмеженнями, які дозволяють їм зайняти гідне місце в суспільстві.

Сьогодні в Україні професійною підготовкою, фізичною та медичною реабілітацією молодих інвалідів опікуються Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат, Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Ф.Г. Ананченка, Житомирський технічний ліцей-інтернат, Луганське і Самбірське СПТУ-інтернати, куди щорічно вступають на навчання 1600 інвалідів I — II груп у віці від 16 до 39 років. Тут вони знаходяться на державному утриманні; їх забезпечують чотириразовим харчуванням, гуртожитком, необхідними медикаментами та лікарською допомогою.

У Львові в одному з ПТУ почали навчати 45 дітей з ДЦП і 43 — з іншими фізичними обмеженнями за спеціальністю "обліковець бухгалтерських даних". До справи активно долучаються громадські організації, які застосовують таку форму соціальної роботи, як центри навчально-виробничої реабілітації. В Києві діють комп'ютерні курси для дітей з ДЦП, випускники яких вступають до вузів на технічні факультети, зокрема за спеціальністю "програміст ЕОМ".

Переважну частину професійної підготовки здійснюють спеціалізовані школи та будинки-інтернати, вона не потребує високої кваліфікації й пов'язана з роботою, яку можна робити руками: макраме, в'язання, плетіння, палітурна справа тощо.

Працевлаштування є чи не найгострішою проблемою не тільки для клієнтів цієї категорії, але і для людей з обмеженнями в цілому. Так, із 110 тисяч тих, які мешкають у Криму, лише 300 осіб працевлаштовано.

Законодавча і виконавча влада докладает значних зусиль для розв'язання проблеми працевлаштування людей з обмеженнями. Згідно зі змінами, внесеними Верховною Радою України у податкове законодавство, пільгами тепер користуються не лише підприємства Українського товариства глухих (УТОГ), Українського товариства сліпих (УТОС) і Спільки організацій інвалідів України (СОІУ), а й усі інші підприємства і організації, у яких люди з обмеженнями складають більше 50% працюючих. 2000 року Кабінет Міністрів України розпорядився надати УТОГу невідшкодовувану фінансову допомогу в розмірі 2150 тисяч гривень. В цілому, УТОГ і УТОС отримують близько третини коштів, що виділяє держава на підтримку організацій людей з обмеженнями, а саме: для організації роботи навчально-відновлю-

вальних центрів та центрів соціально-трудової реабілітації відповідних осіб (перший з яких — навчально-відновлювальний центр для людей з порушеннями слуху — створено в Києві).

Найчисленніші і найпотужніші організації інвалідів — УТОГ, УТОС, УСІ, НПС "ЩИТ" докладають чимало зусиль для працевлаштування своїх членів. Сприяння у пошуку роботи є одним із головних напрямків діяльності СОІУ, яка об'єднує біля мільйона осіб.

Одним з пріоритетних напрямків діяльності УТОГу та УТОСу, які на сьогодні охоплюють відповідно 57 тисяч осіб з вадами слуху і 70 тисяч людей з порушеннями зору, стає професійна підготовка, сприяння отриманню ними середньої професійної і вищої освіти та їх працевлаштування.

Зараз в Україні існує потреба у створенні структур, що надавали б можливість накопичувати і розповсюджувати інформацію про роботу підприємств інвалідних організацій та структур, які співпрацюють з цими підприємствами. Іншим завданням таких структур мала б стати підготовка кадрів з числа інвалідів, спроможних у реальних економічних умовах створювати нові підприємства, що надало б можливість у свою чергу працевлаштовувати інвалідів. Такими структурами можуть бути бізнес-інформаційні центри.

Влаштування особистого життя, участь у житті суспільства.

Для розв'язання цієї проблеми скеровують значні зусилля громадські організації різних рівнів.

Товариства сліпих і глухих створили розгалужену соціальну структуру, яка дозволяє задовольнити особистісні запити відповідних клієнтів. Тут є будинки культури та клуби, бібліотеки з спеціальним книжковим фондом, спеціалізовані санаторії і будинки відпочинку.

При реабілітаційних центрах, громадських організаціях створюють клуби спілкування, проводять вечори знайомств. В Києві діє унікальний клуб, в якому люди на візках займаються бальними танцями.

Показовим є приклад Центру соціально-трудової реабілітації інвалідів м. Києва, створеного Київськими організаціями УТОГ, УТОС, СОІУ, УСІ, НПС "ЩИТ" та за фінансової підтримки Фонду соціального захисту інвалідів на початку 2000 року. Окремими його підрозділами є медичний центр, комп'ютерний клас, дільниця столярного виробництва та швейне виробництво.

Структура діяльності Центру забезпечує отримання психологічної допомоги; за необхідності — медичної допомоги; проходження курсу професійної підготовки і перепідготовки; отримання роботи на одній із філій (виробничих дільниць) Центру за допомогою служби працевлаштування, отримання юридичних консультацій.

За рік роботи Центр працевлаштував на постійну роботу понад 130 осіб, навчання та перекваліфікацію пройшли понад 120 осіб з обмеженнями.

Зараз у Центрі організовано і працюють виробничі філії з:

- випуску м'ясо-ковбасних виробів;
- випуску автоматів приготування гарячих напоїв;

- виробництва різних видів стоматологічних матеріалів і інструментів;
- організація цілодобової СТО з службою невідкладної допомоги для клієнтів;
- випуску виробів із поліпропілену — губки масажні для дітей та дорослих, губки для посуду, килимки для ванних кімнат, сумки господарські, інші вироби для побутових цілей;
- деревообробки;
- надання повного спектра до- та післядрукарських послуг;
- розливу мінеральної води закарпатських джерел;
- вирощування грибів у теплицях.

Започатковано створення районних та регіональних центрів соціально-трудової реабілітації, бізнес-центру. Програма створення міських районних центрів, які запропоновано засновувати на базі вже існуючих районних громадських організацій, рекомендованих Київською міською державною адміністрацією, була включена в програму "Турбота". Згідно з проектом, Центр Мінського району засновано на базі вже існуючої громадської організації "Відродження". Ця організація вже має чималий досвід роботи з ремонтування та збирання інвалідних візків.

Проект створення районних центрів реабілітації інвалідів у м. Києві планують здійснити впродовж 2000 — 2005 років, і йдеться про організацію трьох районних центрів на рік. Цей проект можна вважати базовим для створення структури центрів соціально-трудової реабілітації інвалідів в інших регіонах України.

Основним завданням районних центрів реабілітації є працевлаштування осіб з обмеженими можливостями неподалік від місця проживання, що одночасно розв'язує проблему пересування інвалідів.

Замкнувши на собі питання взаємовідносин з районними організаціями інвалідів, центри зможуть надати істотну допомогу місцевим адміністраціям у розв'язанні багатьох соціальних проблем, ставши об'єднуючою ланкою у взаємодії з органами влади.

Забезпечення доступності середовища життєдіяльності.

Правило 5 "Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів", прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН 20 грудня 1993 року, рекомендує всім державам здійснювати програми дій з тим, щоб зробити матеріальне оточення доступним для інвалідів і вживати заходів для забезпечення їм доступу до інформації і комунікацій. Відповідно до цього Правила державам слід вживати заходів для усунення бар'єрів, що перешкоджають використанню матеріального оточення.

Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" зобов'язує органи державної влади та управління створювати умови для безперешкодного доступу інвалідів до житлових, громадських і виробничих будинків, споруд, громадського транспорту, для вільного пересування в населених пунктах. Проте, хоча справа і просувається, більшість маломобільно-

го населення України все ще позбавлена можливості брати участь у суспільному житті через недоступність соціальної інфраструктури. Навколишнє середовище в містах України розраховане майже виключно на здорову людину. В переходах та під'їздах будинків немає пандусів, а лише сходинки, візок може потрапити в ліфт чи в двері квартири лише в розібраному вигляді, такі місця загального користування, як магазини, аптеки, ресторани, кінотеатри, концертні зали, навчальні заклади, бібліотеки тощо, непристосовані для пересування інвалідів без сторонньої допомоги.

Соціальна робота з людьми з проблемами психічного здоров'я

Загальна характеристика психічних розладів

Психічні розлади займають особливе місце як у медицині, так і в соціальній роботі. Деякі відомості про психічні розлади ви можете знайти в главі, що стосується загальної характеристики медичних знань. На початку необхідно наголосити на тому, що психічні розлади мають чи не найбільшу соціальну вагу серед всіх інших груп захворювань. Для цього є кілька причин:

- психічні захворювання трапляються досить часто;
- психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини;
- певні різновиди психічних розладів пов'язані з можливістю заподіяння шкоди собі чи іншим;
- у суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих.

Усі згадані аспекти психічних розладів віддзеркалюються і на соціальній роботі з цією групою хворих, визначаючи її специфіку.

Якщо ми звернемося до Міжнародної класифікації психічних захворювань (10-й перегляд) та уважно вивчимо прояви основних розладів, то побачимо, що приблизно 10 — 17% (а за деякими оцінками навіть більше) населення страждають тими чи тими психічними розладами (враховуючи зловживання алкоголем та наркотиками). Але, на щастя, не всі психічні розлади призводять до втрати людиною соціальної дієздатності.

Серед найбільш небезпечних психічних хвороб варто згадати шизофренію, депресивні розлади, розлади, викликані зловживанням алкоголем чи наркотиками, епілепсію, розлади особистості та розлади, пов'язані з безпосереднім ушкодженням мозку (травмами тощо).

Найбільшою проблемою майже всіх психічних розладів є порушення емоційної сфери людини. Саме з цієї причини хворі втрачають здатність

адекватно реагувати на події, що відбуваються навколо них. Наприклад, для депресивних розладів характерним є пригнічений настрій, глибоке почуття провини і все, що відбувається, навіть найневинніші події, спричиняють поглиблення депресивного настрою.

Для таких хвороб, як шизофренія чи епілепсія, характерні також специфічні розлади мислення. При шизофренії хворий втрачає здатність до мислення, яке базується на традиційній, загальноприйнятій логіці. Для хворих на епілепсію характерне надто детальне мислення, яке заважає їм вирішувати актуальні проблеми, примушуючи блукати поміж непотрібних подробиць.

Соціальна робота з такими хворими передбачає врахування особливостей перебігу та клінічних проявів захворювання. Але завжди необхідно прагнути до встановлення довірливих стосунків з клієнтом. З іншого боку, необхідно пам'ятати про збереження соціальним працівником власної особистості. Надто близькі стосунки з психічно хворими не тільки не приносять користі, але навіть можуть зашкодити як самому хворому, так і професіоналу, який його обслуговує.

Хронічний перебіг психічних захворювань

Більшість психічних захворювань мають хронічний перебіг. Варто згадати такі захворювання, як шизофренія, депресивний розлад, епілепсія, розлади особистості та інші, перебіг яких розтягується інколи на все життя людини, котра поступово втрачає здатність до самостійності. Особливості соціальної допомоги з огляду на хронічний перебіг захворювання полягають у тому, щоб забезпечити своєчасне звернення по лікарську допомогу в разі потреби, а також докласти зусиль для виконання хворим рекомендацій лікаря після виписки з лікарні.

Оскільки симптоми психічних захворювань різноманітні, в цій главі ми не можемо перерахувати їх всі. Тож найкращим практичним способом "діагностики" психічного стану хворого залишається емпатійне розуміння становища вашого клієнта. При цьому слід пам'ятати, що між психічною хворобою та нормою немає виразної межі, і на практиці варто орієнтуватися перше за все на здатність хворого продовжувати соціальну діяльність. Якщо ж ви відчуваєте, що ваш клієнт більше не в змозі самостійно адаптуватися до реальності, необхідно влаштувати консультацію з лікарем, можливо, за участі родичів.

Другий важливий аспект — продовження лікування після виписки з лікарні. Досить часто хворі не виконують рекомендацій лікаря і не приймають підтримуючого лікування через певні неприємні побічні ефекти. Проте слід підтримувати хворого у його бажанні одужати та протистояти хворобі, разом з тим рекомендуючи йому продовжувати лікування.

Певні різновиди психічних розладів пов'язані із можливістю заподіяння шкоди собі чи оточуючим.

Досить рідко, в зв'язку з виразним загостренням хвороби, психічно хворі здатні заподіяти шкоду собі або іншим або взагалі покінчити з собою чи вбити когось. Саме тому треба уважно стежити за станом хворого, докласти зусиль для продовження його лікування поза лікарнею, при необхідності забезпечувати цілодобовий нагляд.

Найнебезпечнішими симптомами є виразне психомоторне збудження, яке протікає з сильним агресивним компонентом, а також депресивний, пригнічений настрій та думки про власну нікчемність, меншовартість та провинувину, які супроводжують його.

Помітивши зростання інтенсивності подібних симптомів, доцільно негайно звернутися по невідкладну психіатричну допомогу. До приїзду лікаря потрібно зробити все можливе для захисту хворого та людей, які знаходяться поряд. Якщо це необхідно, хворого фіксують (тобто прив'язують до ліжка або важкого крісла, використовуючи згорнуті в канати простирадла або рушники). Необхідно простежити, щоб у прив'язаних кінцівках не порушувалася циркуляція крові.

В суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих. Згадана проблема стоїть на перешкоді ресоціалізації психічно хворих, яка, власне, і є основною метою соціального працівника в роботі з цією групою клієнтів. Упереджене ставлення до психічно хворих найчастіше пов'язане з властивим більшості людей побоюванням всього дивного та незрозумілого. Але, мабуть, найсильнішим є страх перед непередбачуваною поведінкою. Зазначимо, що поведінка психічно хворих насправді не є непередбачуваною. *Просто вона базується на іншій, ніж звичайна, логіці і для самого хворого є цілком послідовною і логічною.* Отже, проблема полягає в тому, щоб зрозуміти цю логіку, тоді спілкування та співпраця з хворим значно полегшуються.

Треба також пам'ятати про кінцеву мету роботи соціального працівника — *ресоціалізацію людей, які страждають на психічні захворювання.*

Соціальний працівник прагне залучити психічно хворих до будь-яких видів діяльності, що не є надто травмуючими.

Наприклад, для хворих на шизофренію корисними є будь-які групові заняття, котрі, однак, не передбачають тісного особистого контакту. Це можуть бути заняття в художній майстерні, підтримуюча психотерапевтична група тощо.

Хворі на залежність від наркотичних речовин, навпаки, найчастіше потребують досить тісної взаємодії в групах під керівництвом впливової та авторитетної для них людини.

Всі подібні питання варто обговорювати з психологом або психотерапевтом.

Так само залежно від діагнозу розв'язують і питання працевлаштування. Досить часто психічно хворі отримують групу інвалідності. Але при вдалій реабілітації такі хворі цілком можуть виконувати певну роботу. Закон

України "Про психіатричну допомогу" гарантує встановлення квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів унаслідок психічного розладу. Крім того, для забезпечення соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування мають:

- організовувати за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання;
- створювати лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування;
- організовувати гуртожитки та інші місця проживання;
- поліпшувати їхні житлові умови.

Соціальна робота з психічно хворими є досить важким та відповідальним завданням. Найефективнішим способом розв'язання проблеми є співпраця соціального працівника з так званою багатопрофільною (мультидисциплінарною) групою (командою, бригадою), до складу якої входять також: лікар-психіатр, психолог (психотерапевт), лікар загальної практики та іноді представник органів внутрішніх справ. І хоча в Україні діяльність таких груп ще не закріплена законодавчо, проте варто пам'ятати про необхідність розподілу відповідальності та використання відповідного професійного досвіду.

Одним із найбільш вдалих прикладів соціальної роботи з психічно хворими в сучасній Україні можна вважати діяльність Центру медико-соціальної реабілітації психічно хворих "Академія душі" (м. Київ). Центр надає допомогу психічно хворим, виходячи з оцінки їхніх потреб та висловлених ними уподобань. Робота в Центрі базується на модульному принципі. Серед основних модулів варто згадати наступні: "Самостійне вживання ліків", "Програма навчання навичок роботи на комп'ютері", "Ведення домашнього господарства", "Навички працевлаштування". Крім того, в Центрі працює психолог, арттерапевт, організовано медичне консультування.

Соціальна робота із розумово відсталими клієнтами

Критерії належності до групи клієнтів

"Розумова відсталість не є хворобою. Вона може бути спричинена хворобою (наприклад, менінгітом) або бути пов'язаною з генетичними порушеннями (наприклад, синдром Дауна). Вона може також бути спричинена фізичними ушкодженнями мозку під час вагітності, під час пологів або впродовж життя. Її можуть зумовити складні соціальні та психологічні причини. У ба-

гатьох випадках специфічна причина невідома", — стверджує Адріан Уорд, фахівець із питань прав розумово відсталих осіб. У нашій країні розумову відсталість вважають хворобою: всі громадяни України, котрі отримали офіційний статус інваліда у зв'язку із розумовою відсталістю, перебувають на обов'язковому обліку у психоневрологічних диспансерах. І саме тому українська статистика не розрізняє, скільки людей страждає на власне психіатричні недуги, а скільки пацієнтів мають розумову відсталість. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від 1% до 1,5% населення всіх країн, незалежно від регіону, політичного устрою чи рівня економічного розвитку, є розумово відсталими.

Критерії належності до групи розумово відсталих клієнтів, якими користуються працівники охорони здоров'я та соціальної сфери у нашій країні, визначені ВООЗ у десятому перегляді Міжнародної класифікації захворювань. До групи розумово відсталих клієнтів відносять людей, діагнози яких мають такі шифри та назви за вказаним документом:

- F70 легка розумова відсталість;
- F71 помірна розумова відсталість;
- F72 важка розумова відсталість;
- F73 глибока розумова відсталість;
- F78 інша розумова відсталість;
- F79 неуточнена розумова відсталість.

*За міжнародною класифікацією хвороб, **розумова відсталість** — це результат затриманого або незавершеного розвитку свідомості, при якому особливо порушуються здібності, які формують повний рівень інтелекту, а саме: пізнавальні, мовні, моторні і соціальні.*

Окрім основного діагнозу, клієнти можуть мати супутні психіатричні проблеми (за даними ВООЗ, до 40% розумово відсталих осіб мають ще й супутні розлади психіки):

- F7x.0 мінімальні поведінкові відхилення або їх відсутність;
- F7x.1 значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів;
- F7x.8 інші поведінкові відхилення;
- F7x.9 поведінкові відхилення не визначені.

Розумова відсталість — відхилення, яким страждає більше 120 млн. людей у всьому світі. Це одна з найчастіших причин інвалідності на все життя. Існує велика кількість причин розумової відсталості (деякі автори налічують більше 1000), багато з яких можна попередити. Реальний масштаб проблеми, важкий тягар, який лягає на сім'ї і на медичні установи, ціна медичного забезпечення і соціальної підтримки — усе це потребує зусиль щодо розробки і створення ефективної профілактичної програми.

Розумова відсталість може поєднуватися з будь-якими іншими психічними або фізичними (соматичними) розладами, і деякі психоневрологічні синдроми і розлади мають місце в осіб з розумовою відсталістю принаймні втричі частіше, ніж у загальній популяції. Крім того, розумово відсталі осо-

би мають великий ризик експлуатації та фізичного/сексуального насилля. Адаптивні можливості їх завжди порушені, проте в суспільстві з високим рівнем соціального захисту, де існує система підтримки осіб з розумовою відсталістю, ці порушення можуть бути зведені до мінімуму.

Легкий ступінь розумової відсталості (легка розумова субнормальність, легка олігофренія, дебільність)

Особи з таким ступенем засвоюють мову з деякою затримкою, проте вони здатні використовувати її в щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику і брати участь у клінічному опитуванні. Більшість з них також досягає повної самостійності у навичках самообслуговування (їжа, одягання, навички гігієни), навіть якщо темп розвитку цих функцій значно повільніший, ніж у так званих нормальних дітей. Труднощі звичайно виявляються в процесі навчання у школі, де у багатьох виникають проблеми з читанням та письмом. Проте за відповідної підтримки та допомоги такі діти можуть оволодіти основними навичками догляду за собою, і їх відсталість може бути значною мірою компенсована.

Більшість осіб з легкою розумовою відсталістю за умови відповідного навчання потенційно здатні до роботи, яка не потребує теоретичних знань і навичок. Сюди можна віднести ручну працю низької кваліфікації та напівкваліфіковану ручну працю. У соціокультурному контексті, що потребує незначних навчальних досягнень, певний рівень розумової відсталості не є проблемою. Але, якщо має місце емоційна і соціальна незрілість, то наслідки таких відхилень, наприклад, неспроможність справитися з вимогами шлюбу, з народженням і доглядом за дитиною або складність адаптації до культурних традицій, будуть яскраво виражені.

Загалом, потребу в терапії й емоційній і соціальній підтримці осіб з легким ступенем розумової відсталості прирівнюють до потреби людей з нормальним рівнем інтелекту.

Помірний ступінь розумової відсталості (помірна розумова субнормальність, помірна олігофренія, імбецильність)

Особи цієї категорії мають відставання в розвитку розуміння і використання мови, їхні можливості у цій сфері обмежені. Розвиток навичок самообслуговування і функцій рухового апарату також відстає, і таким особам упродовж усього життя потрібна допомога і контроль. Шкільні успіхи теж обмежені, проте частина дітей засвоює прості навички, необхідні для читання, письма і рахунку. Навчальні програми можуть дати їм можливість дещо розвинути свій обмежений потенціал і набути деяких базових навичок. Такі програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом навчального матеріалу. У зрілому віці особи з помірною розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконувати просту практичну роботу, якщо їм дають прості вказівки і над ними здійснюють контроль. Повністю незалежне проживання такого дорослого з помірною розумовою відсталістю здебільшого неможливе. Проте вони цілком мобільні і фізично активні.

Більшість із них здатні встановлювати контакти, спілкуватися з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

Важкий ступінь розумової відсталості (важка розумова субнормальність, важка олігофренія)

Ця категорія подібна до помірної розумової відсталості за клінічною картиною і наявністю ознак органічного порушення центральної нервової системи. Так як і для осіб з помірною розумовою відсталістю, для них характерний низький рівень засвоєння різних навичок. Визначальна різниця між помірною та важкою розумовою відсталістю полягає в тому, що особи цієї категорії страждають вираженими моторними відхиленнями або іншими клінічними проявами, що свідчать про значне органічне порушення.

Глибокий ступінь розумової відсталості (глибока розумова субнормальність, глибока олігофренія, ідіотія)

Такі особи є обмеженими щодо можливостей розуміти або виконувати інструкції. Більшість із них малорухомі або значно обмежені в своїх рухових можливостях, страждають нетриманням сечі та калу. Вони здатні розуміти тільки елементарні форми немовного спілкування, не можуть піклуватися про себе і потребують постійної допомоги і контролю.

Окрім терміну "розумово відсталий" на Заході використовують також такі назви: "людина з труднощами у навчанні", "людина з інвалідністю, пов'язаною з труднощами у навчанні", "інтелектуально неповносправний", "розумово неповносправний". Перші два терміни видаються нам еufемізмами — намагання уникнути оцінювання явища, про яке йдеться, призводить до неадекватного його сприйняття та непорозуміння. Зазначені терміни не констатують факт, а називають лише один із наслідків справжньої проблеми.

У нашій країні в текстах офіційних перекладів міжнародних документів подибуємо словосполучення "розумова вада" — абсолютно неприйнятне як термін, бо останній має називати явище, а не оцінювати його. Більше того, вкрай негативна оцінка життєвої трагедії, що міститься у словосполученні "розумова вада", при активному застосуванні цих слів фахівцями ще більше підкріплює стигму, яка зазвичай супроводжує клієнта впродовж усього життя. Таким чином, нам видається доцільним використання термінів "інтелектуальна недостатність" та "розумова відсталість".

Нормативно-правова база державної допомоги розумово відсталим клієнтам та їх родинам

Розумово відсталі особи є громадянами України (як усі, у віці 16 років вони отримують паспорт) і мають гарантії прав та свобод за Конституцією України. Проте у зв'язку зі зниженим інтелектом їм важко приймати адекватні життєво важливі рішення та відстоювати свої інтереси.

Способом захисту прав (зокрема майнових) для таких людей є визнання у встановленому законом порядку (через суд) їхньої недієздатності або часткової дієздатності після виповнення 16 років (до 16 років усі угоди стосовно кожної дитини укладає один із батьків або опікун). Усі правові аспекти дієздатності та опікунства регламентує Цивільний кодекс (ЦК) та Цивільно-процесуальний кодекс (ЦПК). За статтею 16 ЦК підставою для визнання особи недієздатною є "душевна хвороба або недоумство" і викликана ними неможливість розуміти значення своїх дій або керувати ними. У Статті 16 ЦК також зазначено, що від імені особи, яка визнана судом недієздатною, угоди укладає її опікун. За статтею 259 ЦПК судові витрати у справі про визнання людини недієздатною відносяться на рахунок держави. Стаття 448 ЦК говорить, що за шкоду, яку заподіяв недієздатний громадянин, "відповідає його опікун або організація, які зобов'язані здійснювати за ним нагляд, якщо не доведуть, що шкода виникла не з їх вини". Права та інтереси громадян, які визнані недієздатними, відстоюють їхні законні представники. Ними, за статтею 111 ЦПК, можуть бути батьки, усиновителі, опікуни чи піклувальники, які "представляють у суд документи, що посвідчують їх повноваження". Право звернутись із заявою про визнання особи недієздатною та встановлення опікунства мають члени сім'ї, прокурор, представники органів опіки та піклування а також психіатричного лікувального закладу (ст. 256, ЦПК). Заява подається до суду за місцем проживання громадянина.

Гарантії психіатричної допомоги розумово відсталій особі регламентовано Законом України "Про психіатричну допомогу" та підзаконними актами. Всі види державної допомоги можна умовно поділити на два види: допомогу грошову — пенсія з інвалідності та грошова допомога по догляду за інвалідом, одноразові виплати за ініціативи місцевих органів виконавчої влади до "червоних дат", зниження виплат (наприклад, оплати проїзду, нарахування податку з доглядальника тощо) — та інституційну допомогу системи охорони здоров'я, системи освіти та системи соціального захисту населення.

Право розумово відсталі дитини на освіту регламентується Законом України "Про загальну середню освіту" та "Положенням про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку", затвердженим Міністерством освіти України від 13 травня 1993 року.

Допомога щодо отримання реабілітаційних заходів регламентується Законом "Про основні засади соціальної захищеності інвалідів в Україні".

Система закладів державної допомоги розумово відсталим дітям

Оскільки розумову відсталість за Міжнародною класифікацією хвороб віднесено до розділу психіатричних діагнозів, усі громадяни з таким діагно-

зом перебувають на обліку закладів системи охорони здоров'я (служб охорони психічного здоров'я) за місцем проживання та підлягають моніторингу з боку цих служб.

Послуги соціального працівника у класичному їх розумінні — оцінювання індивідуальних потреб клієнта, складання плану втручання та забезпечення клієнта послугами за місцем проживання у відповідності до його потреб — зараз є недоступними в Україні.

Фактично, психіатричний діагноз є відправним пунктом для визначення форм та обсягу державної допомоги розумово відсталим інвалідам: до 16 років розумово відсталі діти отримують статус інваліда з дитинства, державну пенсію з інвалідності, а доглядальники (матері) — допомогу по догляду за інвалідом. Після 16 років медико-соціальна експертна комісія визначає групу інвалідності — першу, другу або третю. Відповідно до діагнозу дитину направляють до спеціальної школи-інтернату системи освіти, а діти із певним переліком діагнозів можуть бути визнані "ненавчуваними" та такими, що "не підлягають направленню" до такого інтернату. Оскільки в нашій державі поки що не створена система закладів денного перебування ані для "ненавчуваних" дітей, ані для дорослих розумово відсталих, то допомогу здійснюють інтернати системи соціального захисту.

Дитячі інтернати системи соціального захисту можна поділити на чотири різновиди.

Перший — для дітей зі збереженими розумовими можливостями, але з фізичними вадами.

Другий — для дітей та молоді, котрі здатні засвоювати практичні основи грамоти, рахунку та трудові навички. Це інтернати двох типів — окремо для дівчаток та хлопчиків. Фактично ці заклади працюють як спеціальні школи, але їхні випускники, коли їм виповниться 18 років, одержують не атестат про освіту, а путівку в психоневрологічний інтернат для дорослих. Кращих із них відправляють до будинків-інтернатів для людей похилого віку, де вони мешкають як підопічні, а працюють як робочий персонал. Ті, кого батьки в змозі забрати додому, живуть у сім'ях. Як правило, це молоді люди, соціально адаптовані.

Інтернати третього профілю призначені для дітей, котрі потребують постійного догляду. Вони також окремі для дівчаток та хлопчиків. Підопічні звідти після досягнення повноліття теж потрапляють до психоневрологічних інтернатів (як і випускники інтернатів другого профілю).

Четвертий профіль — для дітей, котрі мають недостатність і розумового, і фізичного розвитку. Тут немає поділу за статтю, бо підопічних вважають лежачими.

Чисельність дітей в інтернатах від 50 до 300, найчастіше — 100 — 200. Вони здебільшого розташовані далеко від великих міст. Винятком є Київ, де є два інтернати другого профілю, один — для хлопчиків, другий для дівчаток.

За радянської доби розподіл дітей по інтернатах був централізованим, і тому й зараз можна зустріти дітей з Криму та Донбасу на Сумщині чи Жи-

томирщині. Це зумовлено профілюванням цих закладів. У жодній з областей України немає всіх шести типів інтернатів.

Сьогодні інтернати системи соціального захисту мають подвійне підпорядкування. З одного боку, вони підпорядковані своєму міністерству, а з іншого — є комунальною власністю області й їх фінансують із обласних бюджетів.

Безумовно, система допомоги розумово відсталим в Україні не відповідає стандартам, викладеним у "Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей інвалідів", хоча б тому, що бюджетні затрати на допомогу інвалідові, який проживає у родині, у десять разів нижчі, ніж затрати на догляд розумово відсталої особи в інтернаті системи соціального захисту.

Інноваційний підхід до комплексної допомоги

Київ став першим в Україні містом, де поступово вводять інноваційні форми державної допомоги різним групам клієнтів. Зокрема, саме тут з'явилися перші територіальні центри соціальної допомоги самотнім літнім людям, при міському територіальному центрі вперше в Україні створено службу обслуговування таких же осіб із психіатричними діагнозами. Особливою подією для родин, які виховують розумово відсталих інвалідів, стало схвалення Київською міською Радою Концепції створення в межах м. Києва комплексної системи соціальної реабілітації розумово відсталих осіб.

Концепція ґрунтується на таких засадах організації допомоги:

- *відмова від біологічного підходу* — тобто ставлення до розумово відсталої особи не як до патологічного об'єкта, а передусім як до особистості. Відповідно оцінювання, складання та виконання плану втручання має здійснюватися з урахуванням особистісних потреб у якнайповнішому обсязі: базових фізіологічних потреб, потреби у безпеці, в належності до соціальної групи та в любові, потреби в самоповазі та максимальній реалізації особистісного потенціалу;

- *принцип неперервності* — забезпечення підтримки на всіх життєвих етапах, тобто організація схем та програм відповідно до потреб певного вікового періоду. Це передбачає координацію роботи відповідних програм та організацій, за якої соціальний працівник однієї з них, який здійснює функції куратора, мав би передавати клієнта іншому кураторові — працівникові наступної соціальної служби;

- *мультидисциплінарний підхід* — оцінювання потреб, складання та виконання плану втручання, спрямованого на допомогу розумово відсталій особі, що передбачає утворення злагодженої команди фахівців у складі соціального працівника, спеціального педагога, психолога, медсестри, трудового терапевта, спеціаліста управління праці та соціального захисту населення, у разі необхідності — інспектора у справах неповнолітніх, інспектора з працевлаштування тощо;

- *орієнтація на потреби інваліда та родини* — надання допомоги за результатами оцінювання потреб конкретного інваліда, адресна допомога;

- *деінституціалізація* — орієнтація на адаптацію розумово відсталі особи до життя у соціумі на противагу відлученню від звичайного родинного оточення, що відбувається у разі розміщення у відповідному інтернаті;

- *допомога у громаді* — всі організації та послуги мають бути максимально наближені до домівки інваліда та передбачати пристосування клієнта до життя серед звичайних людей — відвідання закладів громадського користування, спілкування із соціальним оточенням;

- *дестигматизація* — зняття "стигми", або тавра, суспільного відторгнення розумово відсталі людини як "дефектної" або "меншовартісної". Ставлення до такого громадянина має спиратися на визнання в ньому передусім особистості та прийняття її такою, якою вона є, на повагу до її честі та гідності.

Оцінювання потреб та надання допомоги належить здійснювати з обов'язковим урахуванням точки зору самого клієнта й родини, що його опікує.

Комплексну систему допомоги розумово відсталім інвалідам м. Києва планують створити поетапно із залученням усіх державних та недержавних організацій, причетних до розв'язання проблем зазначеної категорії киян. Головне завдання першого етапу (1999 — 2001 роки) полягає у детальній розробці концепції запровадження такої комплексної системи та створенні дійових моделей служб та організацій, необхідних для задоволення базових потреб інвалідів зазначеної категорії. Другий етап (до 2002 року) матиме на меті аналіз апробованих форм роботи та здійснення економічного обґрунтування для поширення набутого досвіду. Третій етап (2003 — 2010 роки) передбачає запровадження комплексної системи допомоги, здатної охопити всіх розумово відсталіх інвалідів міста Києва.

Структурними складовими комплексної системи соціальної реабілітації розумово відсталіх осіб мають стати організації, схеми, проекти та програми, які забезпечують задоволення окремих потреб цієї групи населення:

- *програма раннього втручання*, яка забезпечує корекцію проблем розвитку у ранньому віці (до трьох років);

- *схема інформування та підтримки родини*;

- *програми тимчасового догляду та (ростериту)*, що забезпечують допомогу родині, яка опікує інваліда;

- *програми корекції розвитку та поведінки у дошкільному віці*: забезпечення послугами закладів дошкільного виховання (рання інтеграція), педагогічна та психологічна корекція для дітей, які не відвідують загальноосвітніх чи допоміжних закладів дошкільного виховання;

- *навчальні програми*: інтегроване або, за необхідністю, спеціалізоване шкільне навчання; забезпечення доступу до закладів позашкільної освіти (спеціально організовані творчі заняття при наявних закладах позашкільної освіти);

- програми планування переходу підлітка до майбутнього включення в соціальне довкілля, що мають на меті підготовку до максимально самостійного дорослого життя, зокрема післяшкільну (передпрофесійну) освіту для випускників шкіл;

- програми із зайнятості та працевлаштування: схема працевлаштування за трьома базовими моделями — індивідуальне працевлаштування на звичайних підприємствах за підтримки служби спеціального працевлаштування, працевлаштування групи інвалідів на звичайних підприємствах (або груповий підряд), створення спеціальних підприємств із допоміжним штатом;

- програми забезпечення житлом незалежно від родини під наглядом соціального працівника (гуртожитки при підприємствах, окремі квартири під належним наглядом, комуни тощо);

- програми з догляду за дорослими, які не можуть працювати, створення закладів денного перебування — денні (трудові) центри;

- програми з оздоровлення та організації тематичних літніх таборів;

- програми із захисту прав розумово відсталої дитини із негараздної родини: схема групової та індивідуальної роботи із такими родинами, які виховують розумово відсталу дитину; організації захисту прав та представництва законних інтересів розумово відсталих осіб.

Координацію діяльності всіх залучених до розробки та впровадження запропонованої комплексної системи підрозділів виконавчих органів місцевого самоврядування, наукових та навчальних установ, громадських організацій має здійснювати Головне управління праці та соціального захисту населення Київської міської державної адміністрації.

Недержавні організації як партнери державних структур соціальної сфери

Стандартна схема введення програм на Заході приблизно така: громадська організація, яка об'єднує зацікавлених людей (фахівців, родичів клієнтів, самих клієнтів, благодійників), розробляє та проводить апробацію принципово нового проекту — нового виду послуг, нової схеми взаємодії між агенціями, нової форми співпраці державних та приватних організацій; недержавна організація дістає кошти на апробацію схеми — від спонсорів, благодійників, у вигляді приватних пожертв, зрештою, трапляється, що зацікавлені особи використовують власні кошти на такий піонерський проект. Після вивчення його ефективності, у тому числі й економічної, недержавна організація активно лобіює отримання державного фінансування на введення нової послуги як альтернативи існуючій. Саме таким чином поступово відбувається переорієнтація послуг в Україні. Зокрема, за

ініціативи громадських організацій створено Центр трудової реабілітації розумово відсталих інвалідів міста Києва з відділенням соціальної адаптації.

Центр — це майстерня на 50 робочих місць для розумово відсталих інвалідів, тут вони ремонтують взуття, виготовляють вироби з лози, дерева, пластмаси, тчуть гобелени. Він підпорядкований Головному управлінню праці та соціального захисту населення Київської міської державної адміністрації, всі витрати по Центру (заробітна плата співробітників, оренда, комунальні послуги, витратні матеріали, інвентар, тощо) заплановані у бюджеті міської програми "Турбота", виручені від продажу виробів кошти йдуть на зарплату клієнтам. Відділення соціальної адаптації — це схема передпрофесійної підготовки для 32 інвалідів, тут їх готують до самостійного трудового життя на заняттях за курсами: приготування їжі, прикладна гігієна, позитивні стереотипи поведінки, одиниці виміру тощо. Ініціатором створення такого центру стало Благодійне товариство допомоги інвалідам та особам із інтелектуальною недостатністю "Джерела", яке у співпраці із міжнародною організацією "Женевська ініціатива у психіатрії" розробило модель працевлаштування за сприяння програми Тасіс-Лієн. Благодійне товариство "Джерела" демонструє високий потенціал співпраці державних структур та громадської організації, адже тут одночасно працює сім проєктів — три за сприяння Соціальної служби для молоді міста Києва та Українського державного центру соціальних служб для молоді, чотири — за підтримки міжнародних організацій. Результат — створення Центру соціальної реабілітації для розумово відсталих інвалідів, агенції, яка безкоштовно надає денні послуги 52 інвалідам. Тут можна отримати пораду від адвоката, консультацію кваліфікованого психолога, скористатися послугами пункту прокату засобів реабілітації, відвідати групове заняття соціального працівника, скористатися послугами бібліотеки методичної літератури, відвідати більш як 20 видів творчих, реабілітаційних чи спортивних занять.

За такими організаціями — майбутнє, адже саме тут вперше відбувається оцінювання потреб розумово відсталого інваліда мультидисциплінарною командою фахівців. Хоча досі немає змоги задовольнити усі потреби, особливо базові, але тут порадять, до яких саме державних чи недержавних структур варто звернутися по допомогу. Така організація готується брати участь у конкурсах на отримання державного замовлення на надання послуг за місцем проживання. Впровадження ліцензування соціальних послуг та організацій і проведення конкурсів на право надавати такі послуги у громаді — перспектива, до якої треба готуватися сьогодні.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття "людина з обмеженнями
2. Назвіть причини та різновиди інвалідності.

3. *Що, на Вашу думку, є головною метою і результатом соціальної роботи з такими клієнтами?*
4. *Дайте характеристику визначальним тенденціям розвитку сучасної соціальної роботи з людьми, які мають функціональні обмеження.*
5. *Учому полягають перешкоди, що стають на шляху соціальної інтеграції людей з обмеженими можливостями?*
6. *Назвіть основні форми і методи соціальної роботи з особами, які мають обмежені можливості. Визначіть специфіку застосування форм та методів соціальної роботи з ними державними і недержавними організаціями.*
7. *Охарактеризуйте напрями реалізації державної політики соціального захисту осіб з фізичними та сенсорними обмеженнями.*
8. *Які групи людей з фізичними і сенсорними обмеженнями існують? Що їх об'єднує?*
9. *Назвіть і дайте характеристику головним напрямкам реабілітації людей з фізичними і сенсорними обмеженнями.*
10. *Назвіть особливості психічних захворювань, які відрізняють їх від соматичних хвороб.*
11. *В яких випадках належить вдаватися до фіксації (зв'язування) психічно хворої людини?*
12. *Чи варто продовжувати лікування психічно хворих після виписки з лікарні?*
13. *Які, на Вашу думку, потреби є специфічними саме для розумово відсталих, окрім звичайних потреб будь-якої людини?*
14. *Які засоби реабілітації можуть знадобитися розумово відсталому інвалідові?*
15. *Які форми співпраці між: державними структурами та громадськими організаціями можуть сприяти переорієнтації послуг із інституційних форм на обцинні?*

Рекомендована література

1. Закон України "Про основні засади соціальної захищеності інвалідів в Україні".
2. Закон України "Про психіатричну допомогу".
3. Голдберг Д. и др. Психиатрия в медицинской практике. — К: Сфера, 1999.
4. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. — К.: Сфера, 1999.
5. Дейл Л. Джонсон. Психическое расстройство. Новый подход к семейной проблеме. — Ассоциация психиатров Украины. — Киев. — 1997. — 56 с.
6. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України: сучасний стан і перспективи розвитку / Кер. авт. кол. С. В. Толстоухова. — К.: Академпрес, 1999. — С. 112.
7. Иванова І. Б. Сім'я і проблеми інвалідності // Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. — К., 2000. — С.11—19.

8. Иконников М., Смирнова Н. Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. — Амстердам; К.: Ассоциация психиатров Украины. — 1996. — 36 с.
9. Инструкции по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами. — К.: "Сфера". — 1997. — 103 с.
10. Карманное руководство к МКБ-10 (классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). — К.: Сфера, 2000.
11. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — 464с.
12. Мюллендер О., Уорд Д. Самокерована групова робота. Діяльність користувачів з метою наснаження. — Амстердам; К.: Видавництво Асоціації психіатрів України. — 1996. — 176 с.
13. Права інвалідів в Україні: Збірник правових документів. — К.: Сфера, 1998. — С 300.
14. Права людини в Україні. Інформаційно-аналітичний бюлетень Українсько-американського Бюро захисту прав людини. Випуск 18. Права дитини. — К., 1996—1997.— 200 с.
15. Соціальна робота з підлітками та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За загальною редакцією Пінчук І. М., Толстоухової С. В. — К.: УДЦССМ, 2000. — Вип. 1. —С.276.
16. Сошнева К. С Соціальна підтримка дітей та молоді з особливими потребами // Соціальна робота з дітьми, молоддю, жінками, різними категоріями сімей. — К., 1999. — С 36—47.
17. Томпсон Ліз. Виховання дитини з розумовою вадою. Книга періоду душевної кризи. — К.: Сфера. — 1997. — 248 с
18. Трухін І. О. Соціальний захист інвалідів як прояв гуманізації суспільства // Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. — К.: УДЦССМ, 2000.— 184 с.

Глава 8

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ ТА СІМ'ЄЮ

Навчальні цілі:

- ознайомити з підвалинами початкового формування людини у сім'ї;
- познайомити з положеннями Конвенції ООН про права дитини;
- скласти уявлення про вразливі групи дітей;
- надати інформацію про заклади соціального захисту дітей;
- скласти уявлення про сім'ю як соціальну систему, про її структуру, функціонування та розвиток;
- розкрити зміст сімейної терапії та її визначальних компонентів.

Соціальной роботі з дітьми та сім'єю приділяють значну увагу в багатьох країнах світу. Адже від того, як функціонують базові одиниці суспільства, тобто сім'ї, залежить і життя всього суспільства в цілому. Існують аргументи, що функціонування сімей залежить від їхньої матеріально-побутової ситуації, що, мовляв, вислів "з коханим рай і в курені" втратив своє смислове навантаження і радше має іронічне значення. Справді, важко собі уявити закоханих і одночасно злидених людей, які щасливо співіснують і доживають, жебракуючи, свій вік. Але чи всі сім'ї, що не мають фінансових обмежень, такі щасливі? Чи всі діти з таких сімей щасливі?

У цій главі йдеться про ситуацію, у якій знаходяться діти та підлітки в Україні, про те, що таке сім'я, що відбувається у її межах та яким чином працівник соціальної служби може допомогти в складній життєвій ситуації.

Дитина і сім'я

Ми опановуємо світ у контексті первинної тріади: мати, батько і дитина. Це перша й, можливо, найвпливовіша система з усіх систем, у які ми потрапляємо впродовж життя.

Немовля народжується незахищеним перед оточенням. Йому потрібне як задоволення фізичних потреб, так і спілкування.

Перші дев'ять місяців життя закладають фундамент розвитку тіла. Ми пізнаємо світ через дотики, подихи й рухи більше, ніж через слова людей, які нас доглядають. Вони здогадуються про наші потреби й настрої з плачу, крику та рухів.

Для соціалізації дитини надзвичайно важливими є сімейні стосунки. Спосіб, у який сім'я впливає на індивідуальний розвиток своїх членів, може бути гармонійним, як симфонія, а може й супроводжуватися відчайдушною боротьбою, окресленою болем, що призводить до деструктивних наслідків.

Дитина знаходить початкове ствердження у зовнішньому оточенні. Батьки передають нам знання про світ, свою систему цінностей, класифікуючи безліч речей і подій, що відбуваються навколо. У цей час ми вчимося, чого можна очікувати від інших, що інші очікують від нас, що ми очікуємо від самих себе. Ми починаємо опановувати оточення, що робить життя більш безпечним і приємним. Подолання нашої незахищеності значною мірою залежить від того, наскільки готовими були батьки до того, щоб стати парою, і, власне, стати батьками, а саме: у якому віці вони зустрілися, що з'єднало їх при зустрічі, які приховані й відверті надії та мрії вони хотіли втілити, мешкаючи спільно, та з якими сімейними правилами (що треба, що бажано, що роблять і чого не роблять члени родини) вони ввійшли до шлюбу.

Часто діти для батьків є наступним кроком до досягнення того, що вони не змогли знайти один у одному. Ми можемо використовувати партнера і дітей як ще один полігон для спроби закінчити те, що ми у своєму житті закінчити не змогли, досягти тієї мети, що не підкорилася нам. Таким чином, наші бажання частково формують сприйняття і поведінку дитини.

Турбуючись про дитину, батьки також навчають її правил поведінки. У сімейному трикутнику дитина вчиться правил безпеки, догляду за тілом, пізнає любов і здатність любити. Батьки радять дітям, ким бути і як бути, схвалюючи одні вчинки і караючи за інші. Індивідуальність дитини, її самооцінка і неповторна сутність розвиваються досить рано внаслідок взаємодії трьох людей.

Діти чекають схвалення вчинків батьками, батьки хочуть, щоб їхні діти були в безпеці й гармонійно розвивалися. Звичайно, батьки не навчають

Діти — особлива соціально-демографічна група населення, яка має не тільки визначені законом вікові межі (за Конвенцією ООН про права дитини — від народження до 18 років), а й свої специфічні потреби, інтереси та права.

дітей усього, вони лише відбирають найкраще з сотень речей та подій, що одночасно відбуваються навколо, даючи їм позитивну чи негативну оцінку з огляду на важливість пізнання їх дитиною. Цей досвід, отриманий у первинному трикутнику, дитина потім використовує в інших ситуаціях, з іншими людьми, допоки вона не навчиться діяти сама.

Як і та дитина, котра не навчилася цінувати читання, дитина, що не навчилася самоповаги, стикається з важкими перешкодами. Низька самооцінка погіршує її здатність навчатися, працювати та будувати стосунки з іншими. Без відчуття, що ми являємо собою справжню цінність, нам бракує необхідної впевненості у собі, аби випробовувати нові речі, досягати цілей чи то виразно себе розкривати [1].

Можна сказати, що ефективність функціонування індивідів у приватному та суспільному житті залежить чи не найбільшою мірою від контексту, в якому пройшло їх дитинство, тобто первісне формування і становлення індивідуальності.

Конвенція про права дитини, або "Дитячий закон"

Для охорони прав дитини більшість країн приєдналася до Конвенції ООН про права дитини. За Конвенцією, дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до цієї особи, вона не досягає повноліття раніше.

Дитяча Конвенція обов'язкова для виконання у країнах, що до неї приєдналися. В Україні ця Конвенція ратифікована Постановою Верховної Ради від 27 лютого 1991 року. Порухення положень Конвенції тягне за собою потужний міжнародний осуд. Тому кожен з нас повинен стежити за виконанням Конвенції ООН щодо дітей.

Згідно з дитячою конвенцією кожна країна повинна інформувати своїх громадян — як дорослих, так і підлітків та дітей — про зміст Конвенції. Тому завданням кожного громадянина є розповсюдження інформації про зміст цього документа.

Приєднуючись до Конвенції, країни адаптують до неї своє законодавство, так само як окремі індивіди повинні адаптувати особисту мораль до моралі суспільної.

Конвенція є компасом соціального працівника у його професійній діяльності, спрямованій на дітей.

Конвенція ООН про права дитини (вибрані тези)

Стаття 2

1. Держави-сторони поважають і забезпечують всі права, передбачені цією Конвенцією, за кожною дитиною, яка перебуває в межах їх юрисдикції, без будь-якої дискримінації незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, стану здоров'я та народження дитини, її батьків чи законних опікунів або яких-небудь інших обставин.
2. Держави-сторони вживають всіх необхідних заходів щодо забезпечення захисту дитини від усіх форм дискримінації або покарання на підставі статусу, діяльності, висловлюваних поглядів чи переконань дитини, батьків дитини, законних опікунів чи інших членів сім'ї.

Стаття 9 (частково)

1. Держави-сторони забезпечують те, щоб дитина не розлучалася з батьками всупереч їхньому бажанню, за винятком випадків, коли компетентні органи згідно з судовим рішенням визначають відповідно до застосовуваного закону і процедур, що таке розлучення необхідне в якнайкращих інтересах дитини. Таке визначення може бути необхідним у тому чи іншому випадку, наприклад, коли батьки жорстоко поведуться з дитиною чи не піклуються про неї або коли батьки проживають окремо і необхідно прийняти рішення щодо місця проживання дитини.

Стаття 19

1. Держави-сторони вживають всіх необхідних законодавчих, адміністративних, соціальних і просвітніх заходів з метою захисту дитини від усіх форм фізичного та психологічного насильства, образи чи зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поводження та експлуатації, включаючи сексуальні зловживання, з боку батьків, законних опікунів чи будь-якої іншої особи, яка турбується про дитину.
2. Такі заходи захисту у випадку необхідності включають ефективні процедури для розроблення соціальних програм з метою надання необхідної підтримки дитині й особам, які турбуються про неї, а також здійснення інших форм запобігання, виявлення, повідомлення, передачі на розгляд, розслідування, лікування та інших заходів у зв'язку з випадками жорстокого поводження з дитиною, зазначеними вище, а також у випадку необхідності початку судової процедури.

Стаття 22

1. Дитина, яка тимчасово або постійно позбавлена сімейного оточення або яка в її власних якнайкращих інтересах не може залишатися в такому оточенні, має право на особливий захист і допомогу, що надається державою.
2. Держави-сторони відповідно до своїх національних законів забезпечують зміну догляду за дитиною.
3. Такий догляд може включати, зокрема, передачу на виховання ("кафала", за ісламським правом), усиновлення або, за необхідності, направлення до відповідних установ по догляду за дітьми. Під час розгляду варіантів зміни необхідно належним чином враховувати бажаність наступництва виховання дитини, її етнічне походження, релігійну та культурну належність і рідну мову.

Стаття 24

1. Держави-сторони визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я.
2. Держави-сторони домагаються повного здійснення цього права, зокрема вживають заходів щодо:
 - a) зниження рівня смертності немовлят і дитячої смертності;
 - b) забезпечення надання необхідної медичної допомоги та охорони здоров'я всіх дітей з приділенням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
 - c) боротьби з хворобами і недоїданням, у тому числі в межах первинної медико-санітарної допомоги, шляхом, поряд з іншим, застосування легкодоступної технології та надання достатньої кількості поживного продовольства та чистої питної води, беручи до уваги небезпеку та ризик забруднення навколишнього середовища;
 - d) надання матерям належних послуг по охороні здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди;
 - e) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини та запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань;
 - f) розвитку просвітницької роботи та послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування розміру сім'ї.
3. Держави-сторони вживають будь-яких ефективних і необхідних заходів з метою скасування традиційної практики, що негативно впливає на здоров'я дітей.

4. Держави-сторони зобов'язані сприяти міжнародному співробітництву і розвивати його з метою поступового досягнення повного здійснення права, яке визнається в цій статті. В зв'язку з цим особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

Стаття 30

1. У таких державах, де існують етнічні, релігійні або мовні меншості чи особи з числа корінного населення, дитині, яка належить до таких меншостей чи корінного населення, не може бути відмовлено в праві спільно з іншими членами її групи користуватися своєю культурою, сповідати свою релігію і виконувати її обряди, а також користуватися рідною мовою.

Стаття 34

Держави-учасниці зобов'язані захищати дитину від усіх форм сексуальної експлуатації та сексуальних розбещень. З цією метою держави-сторони, зокрема, вживають на національному, двосторонньому та багатосторонньому рівнях всіх необхідних заходів щодо запобігання:

- a) схильнню або примушенню дитини до будь-якої незаконної сексуальної діяльності;
- b) використанню дітей з метою експлуатації у проституції або в іншій незаконній сексуальній практиці;
- c) використанню дітей з метою експлуатації у порнографії та порнографічних матеріалах.

Стаття 38

1. Держави-сторони зобов'язані поважати норми міжнародного гуманітарного права, що застосовуються до них у випадку збройних конфліктів і мають відношення до дітей, та забезпечувати їх додержання.
2. Держави-сторони вживають всіх можливих заходів щодо забезпечення того, щоб особи, які не досягли 15-річного віку, не брали безпосередньої участі у воєнних діях.
3. Держави-сторони утримуються від призову будь-якої особи, яка не досягла 15-річного віку, на службу до Збройних сил. При вербуванні з числа осіб, які досягли 15-річного віку, але яким ще не виповнилося 18 років, держави-сторони прагнуть віддавати перевагу особам більш старшого віку [2].

Згідно зі своїми зобов'язаннями за міжнародним гуманітарним правом, пов'язаним із захистом цивільного населення під час збройних конфліктів, держави-сторони зобов'язані вживати всіх можливих заходів з метою забезпечення захисту дітей, яких торкається збройний конфлікт, та догляду за ними.

Вразливі групи дітей

Соціальному працівникові важливо знати, що існують такі вразливі групи дітей.

Діти-сироти, у яких померли батьки чи батько (мати).

Діти, позбавлені батьківського піклування у зв'язку з:

- позбавленням батьків батьківських прав;
- відібранням дітей без позбавлення батьків батьківських прав;
- визнанням батьків зниклими;
- визнанням батьків недієспроможними;
- тривалою хворобою батьків, що перешкоджає їм виконувати батьківські обов'язки;
- відбуванням батьками покарання у місцях позбавлення волі.

Соціальні сироти (бездоглядні діти), котрі при живих батьках чи опікунах (піклувальниках) виявилися соціально відторгнутими через:

- негаразди в сім'ї;
- несумлінне виконання обов'язків опікуном або піклувальником;
- втечу з дому та мандрівний спосіб життя;
- сексуальні домагання з боку дорослих;
- дитячу проституцію.

Діти вулиці; дитина вулиці, або вулична молодь — це будь-який неповнолітній, для якого вулиця (у широкому розумінні, яке включає незайняте житло, незаселені землі тощо) стала його або її звичайним місцем перебування, а також той, хто не має достатнього захисту:

- діти, які працюють на вулиці;
- діти, які живуть на вулиці;
- діти, які мешкають на вулицях разом зі своїми сім'ями.

Обдаровані діти, котрі мають певні здібності, але позбавлені можливості їх розвивати.

Діти, які мають функціональні обмеження.

Діти групи ризику.

Якщо відкинути випадки, коли країни "імпортують" робочу силу, то можна сказати, що майбутнє кожної держави великою мірою залежить від її спроможності відтворювати себе у майбутніх поколіннях. Чисельність дітей впливає на перспективи розвитку населення, неперервність зміни поколінь, тобто на все, що найповніше характеризує перспективи демографічного становища.

Кількість дітей в Україні становить близько 9,5 мільйона осіб. З них близько 150 тисяч — з функціональними обмеженнями. Спостерігаємо тенденцію до скорочення народжуваності і зростання дитячої захворюваності.

До найактуальніших проблем дитинства відносять: зростання дитячої злочинності, розповсюдження наркотиків та бездоглядність. Комерціалізація дитячих закладів і, як наслідок, обмеження доступу незаможним до якісної освіти, відсутність позашкільної та позакласної роботи, жорстоке ставлення до дітей з боку батьків та інших родичів, експлуатація дорослими — ці причини тут є головними.

Окреме питання — жорстоке ставлення до дітей у сім'ї. Дитина — це захищена істота, оскільки не є фізично і психічно зрілою. Для дітей сім'я є останнім притулком, члени родини — це найближчі у світі люди, які люблять і захищають. Побої, різні зловживання завдають тяжких психічних травм дітям, особливо якщо це роблять рідні. У західних країнах бити свою дитину по руках вважають злочином. Про такі випадки повідомляють соціальну службу, яка негайно втручається і починає працювати з сім'єю.

В Україні зростає число бездоглядних дітей. Більшість з них були залишені батьками або самовільно покинули сім'ю, яка не забезпечила їм нормальних умов життєдіяльності та повноцінного розвитку. Ці діти, як правило, бродяжать, жебракують, займаються крадіжками, систематично вживають алкогольні напої, наркотичні речовини і стають жертвами сексуальних злочинів та інших протиправних дій. Притулки для неповнолітніх, яких є близько 80, надають соціальну допомогу понад 25 тис. дітей щорічно.

Бродяжництво, як правило, викликане конфліктом у сім'ї, школі чи з однокласниками.

Розв'язання проблеми "дітей вулиці" потребує впровадження цілісної системи соціального захисту та допомоги — від першого контакту з дитиною, яка опинилась у скрутному становищі на вулиці, до її остаточної соціалізації, психологічної адаптації та реабілітації. Комплексна модель повинна включати:

- заходи з попередження бездоглядності дітей: створення майданчиків і клубів для дозвілля, телефонів довіри, центрів сімейної психосоціальної терапії;

- соціальну роботу на вулиці для виявлення та встановлення контакту з дитиною і її залучення до соціальної служби;

- створення кризових центрів для дітей, які опинились у скрутному становищі;

- створення системи короткострокових прийомних сімей, які беруть на утримання дитину на короткий час: декілька тижнів або кілька місяців, доки рідна сім'я дитини не вирішить своїх проблем (хвороба, перебування в лікарні тощо) або доки дитину не направлять на утримання у дитячий будинок або в іншу сім'ю;

- ширше залучення до розв'язання проблем безпритульності та бездоглядності дітей громадських благодійних організацій;

Прийомна (фостерна)

сім'я — це сім'я або окрема людина, яка взяла на утримання та виховання дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування. Ці сім'ї мають власних дітей і можуть взяти на виховання одну, дві або три дитини, але не більше.

- розробку методичних рекомендацій з організації виховної та дозвілєвої роботи з цими дітьми [3].

Проблема працюючих дітей також вимагає уваги. За оцінками Міжнародного бюро праці (МБП), загальна кількість працюючих дітей у країнах, що розвиваються, становить близько 250 мільйонів віком від п'яти до 14 років. У Європі нараховується близько 1,5 мільйона таких дітей. Проблема дитячої праці не обійшла й Україну. Для того, щоб її вирішувати, необхідно знати обсяги й причини цього явища. За підтримки МБП Державним комітетом статистики України впродовж 1999 — 2000 років здійснено обстеження праці дітей в усіх регіонах нашої держави.

За результатами обстеження в Україні виявлено 416 тисяч працюючих дітей: 156 тис. дівчаток і 260 тис. хлопчиків. З них 350 тис. дітей займалися економічною діяльністю, а 66 тис. працювали у домашньому господарстві.

Більше половини (52%) дітей, зайнятих в економічній сфері, мали вік від 15 до 17 років (за національним законодавством їм дозволено працювати). Діти 13 — 14 років, яким у зв'язку з обов'язковістю виробничого і трудового навчання в школі дозволяється працювати на легких роботах, склали 24% та стільки ж у віці 7 — 12 років, яким заборонено працювати. Найбільш поширеними сферами застосування дитячої праці були:

- сільське господарство (46%);
- торгівля (26%);
- сфера послуг (19%).

Значно менше дітей працювало у:

- промисловості (5%) та
- будівництві (4%).

Основними видами дитячої зайнятості були: робота на току під час жнив, у зерносховищах, на прополюванні, участь у збиранні урожаю овочів та фруктів, догляд та випасання худоби, виконання підсобних робіт на будівництві, ремонт, заправка, миття автомобілів, пошив взуття, продаж продовольчих та непродовольчих товарів, обслуговування на ринках, збір металобрухту тощо.

Відносини працюючих дітей з роботодавцями у більшості випадків носили неформальний характер — 82% дітей прийнято на роботу за усною домовленістю. Якщо до зазначеної кількості працюючих дітей додати зайнятих на приватних і сімейних підприємствах (15%) та самозайнятих, то можна зробити висновок, що більшість дітей працювала в неформальному секторі економіки [4].

Праця дітей була здебільшого фізичною (72,3%) та не потребувала попереднього навчання (92,1%) [5].

Заклади соціального захисту дітей

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, окрім 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.

В 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 з сім'ї. Відстають емоційно, інтелектуально, мають гірші навички комунікації [6].

Емоційні проблеми з'являються, оскільки відсутній зв'язок довіри між батьками і дітьми, що утворюється лише у 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 у 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 кінофільми, 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 з сім'єю, як і всі інші діти. Саме через це всі вони мають зростати в сім'ї. В реальному житті за короткий час цього досягти не можна. Більшість дітей, які прожи-

вають у стаціонарних установах, не мають інших перспектив. Проте новонародженим та дітям, що живуть у сім'ях, треба надати інші можливості, компенсаційну допомогу з боку суспільства, замість влаштування у 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 та 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 і 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 за рішенням 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 у містах центри ССМ.

Особливу увагу приділяють таким завданням, як:

- надання різноманітних соціальних послуг, соціально-медичної, психолого-педагогічної, правової, інформаційної, матеріальної 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 і успішної життєдіяльності різних категорій дітей та молоді;

- здійснення соціально-профілактичної роботи серед дітей та молоді, застосування комплексу заходів, спрямованих на подолання негативних явищ у молодіжному середовищі;

За пріоритетністю форми опіки визначають так:

- *усиновлення;*
- *опіка в сім'ях родичів;*
- *приймна сім'я;*
- *інтернатний заклад.*

Центри соціальних служб для молоді — це спеціалізовані заклади, на які покладено державою завдання практичного здійснення підтримки соціального становлення та розвитку молоді.

- розробка та впровадження реабілітаційних програм, змістом яких є відновлення соціальних функцій, морального, психічного і 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 і поширення міжнародного досвіду роботи з питань соціальної підтримки, допомоги і 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 і соціального розвитку дітей та молоді;

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

Соціальна робота є комплексом різних видів діяльності ЦССМ. З них варто відзначити 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 умов, 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 і 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, сім'ї, їх соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність до загально визначених суспільних правил і норм [7].

Сім'я як соціальна система

Сім'я відрізняється від інших соціальних груп глибинними близькими стосунками і почуттям вірності, що є результатом зобов'язання забезпечувати фізичне та моральне виживання їхніх членів. Сім'я — це організм або си-

стема, що складається з окремих індивідів, що самі по собі або разом з іншими представниками сім'ї формують підсистеми сімейної системи. Разом з тим, сімейна система є підсистемою більшої системи, що зветься громадою. Громади — це підсистеми, з яких складається система суспільства. Система є чимось більшим, аніж сума її частин. Чому? Тому, що між частинами відбувається взаємодія та комунікація.

В юридичному розумінні сім'я — це коло осіб, пов'язаних правами і обов'язками, що впливають із шлюбу, родинних стосунків, усиновлення або іншої форми прийняття дітей на виховання.

Сім'я здійснює життєдіяльність на ґрунті спільного побуту, економічного, морально-психологічного укладу, виховання дітей, взаємної відповідальності і є соціальним зрізом конкретного історичного періоду розвитку суспільства, відображає його моральні і духовні суперечності. Сім'я є осередком складних соціально-економічних процесів, які відбуваються в мікро- і макросоціумі. Від її економічної спроможності та внутрішньої стабільності залежить стабільність соціуму та держави в цілому. Як мала соціальна група і первинний колектив сім'я забезпечує соціалізацію людини, самореалізацію особистості, захист перед проблемами і катаклізмами суспільства.

Найчастіше розрізняють сім'ї:

- *прості (нуклеарні) сім'ї* — живуть окремо, ізольовано від батьків, інших родичів і складаються з одного подружжя та з їхніх дітей, які ніколи не були в шлюбі (або без дітей); сім'ї, в яких діти живуть з одним із батьків, називають неповними. Сім'ї бувають неповними з різних причин: розлучення подружжя або смерть одного із батьків, позбавлення одного із батьків батьківських прав, перебування в місцях позбавлення волі, наявність поза-шлюбної дитини тощо;

- *складні (розширені)* — це багатопокілінні (три і більше поколінь) сім'ї, що об'єднують батьків, їхніх дорослих дітей з чоловіками, дружинами і дітьми (онуками). Декілька нуклеарних сімей, об'єднаних між собою спорідненістю і спільним господарством, також називають складною сім'єю.

Сім'ї, як і всі соціальні системи, мають *структуру* (форма системи на будь-якому відрізку часу); *спосіб функціонування* або поведінки, спрямований на виконання завдань, та *спосіб розвитку*, який відбувається з часом через певні стадії. Щоб мати достатні знання про сім'ю для ефективної взаємодії з нею та в її межах, соціальний працівник має оцінити всі ці три аспекти.

"Сім'я є системою з кордонами, крізь які відбувається взаємодія з соціальним довкіллям. У межах сімейних кордонів існують її члени, а їхні ролі, норми, цінності, традиції та цілі плюс інші елементи — це те, що відрізняє одну сім'ю від іншої та соціального оточення. Сім'ї, чиї кордони відкриті і гнучкі, є найбільш здоровими" [8].

Структура

Визначальними вимірами структури є кордони сім'ї, рамки взаємовідносин та зв'язок між членами. **Кордони сім'ї** відділяють систему від її оточення. Індивіди інтенсивно взаємодіють у межах системи, виконуючи певні функції. Кордон є тим місцем, яке відокремлює осіб, що безперервно взаємодіють, займаються сімейними справами, від тих, що роблять незначний внесок у функціонування сім'ї або зовсім не впливають на здійснення її функцій.

Щільність зв'язків характеризує родину, члени якої занадто переймаються один одним. Кордони між ними розмиті і майже відсутні. **Роз'єднаність** властива родині, члени якої мінімально переймаються особистим життям один одного. Їхній особистий простір чітко розмежований кордонами.

Родинні системи створюють рецепти, або "**правила**", стосовно того, що можна робити, а чого ні.

Сім'я — це перш за все первинна соціальна система, що навчає дітей **правил** та **норм** сім'ї та суспільства. Діти успадковують правила та норми, що їхні батьки узнали від своїх батьків. Для того, щоб шлюб був здоровим, повинен бути компроміс і консенсус щодо цих правил і норм. Діти з готовністю погоджуються з більшістю їх, оскільки вони хочуть і їм необхідно належати до своєї сім'ї. Дітей вважають "хорошими", якщо вони слухаються. Бути "неслухняним" — значить "розхитувати човна" і ризикувати тим, що тебе вважатимуть "поганим" або "недоумкуватим". У нераціонально функціонуючих сімейних системах члени часто повинні жертвувати своєю індивідуальністю і кордонами своєї особистості, аби забезпечити виживання родини.

У сімейній системі можна розрізнити три підсистеми: батьки, батьки — діти й діти. Статус влади у здорових сім'ях є ієрархічним, де батьки порівну ділять владу, а діти демократичним шляхом роблять свій внесок. Проте зрозуміло, що батьки — це батьки, а діти — це діти. Статус відображає ранг індивіда у сімейній ієрархії, тоді коли **роль** стосується радше динамічних аспектів становища, це більше пов'язано з тим, яких дій очікують від людини і що люди-

*"Найважливішим атрибутом соціальної системи є соціальні норми, що стабілізують її. **Норми** складаються з угод, формальних і неформальних, відкритих і прихованих, які підтримують порядок і задають мету системі... Соціальні норми — це сподівання, те, що індивіди очікують від інших, а також сподівання, що виникають самостійно з огляду взаємодії з іншими... Норми є результатом як демократичних, так і недемократичних процесів" [9].*

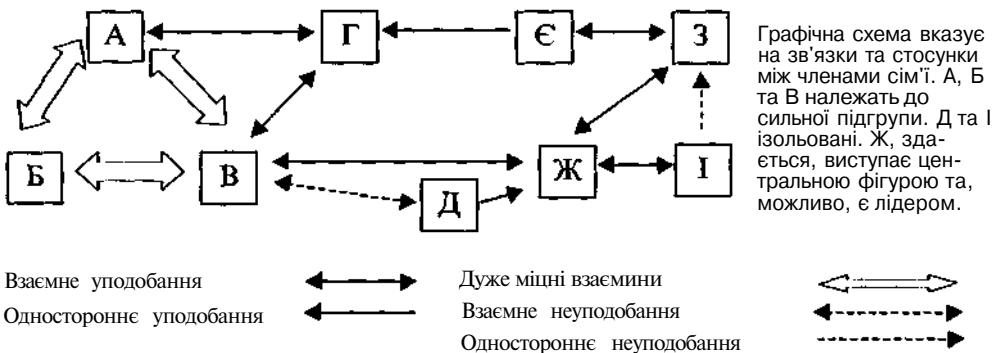
Рейтингово-статусна модель — в деяких сім'ях один або кілька членів виразно займають вищу позицію, ніж інші. Якщо оцінювати стосунки з цієї точки зору, то важливо звертати увагу не лише на ієрархію статусів членів сім'ї відносно одне одного, а й на причину отримання ними цих статусів.

на робить у тій чи тій ситуації. У сім'ї індивіди існують лише у контексті своїх ролей і статусів.

Структура ролей. Є три категорії ролей, які можуть розвиватися в сім'ях: ролі, націлені на завдання сімей, ролі, націлені на побудову (підтримку функціонування) сім'ї, та індивідуальні ролі. **Ролі, націлені на завдання сім'ї**, пов'язані з виконанням її функції чи завдання. **Ролі, націлені на побудову (підтримку функціонування) групи**, зосереджують свою увагу на збереженні сім'ї як системи. До цієї категорії відносять такі ролі: "натхненник", "примиритель", "дипломат" та "воротар". "Воротар" — це той, хто контролює потоки комунікації, дозволяючи, заохочуючи та блокуючи інформацію різних членів. Третя категорія складається з **індивідуальних ролей**, які задовольняють індивідуальні потреби, але применшують функціонування сім'ї як групи. Сюди входять "домінуючий", "захисник особливих інтересів" та "блокуючий".

Вірджінія Сатір використовувала аналогію з сімейним автомобілем, аби пояснити стосунки між членами родини. Щоб спроектувати сімейне авто, необхідно взяти до уваги кожного члена сім'ї і кожному дати певне місце в авто, аби досягти його балансу. "Усі сім'ї збалансовані. Питання лише у ціні, яку повинен платити кожен член родини, аби підтримувати цей баланс"[10].

Лідерство можна розглядати як здатність виконувати кілька ролей, особливо тих, що необхідні для ефективного функціонування сім'ї. З'ясування того, хто і які ролі виконує, які ролі ще не зайняті та які члени сім'ї виконують кілька ролей або ключові ролі, визначає структуру сім'ї.



Графічна схема стосунків у сім'ї (соціограма) показує уподобання та неуподобання. Вона також може вказати на підсистеми в межах системи та тісноту стосунків у системі.

Соціальний працівник складає подібну графічну схему, аби визначити наявність, місце та положення підсистем та окремих індивідів стосовно до інших членів у межах системи.

Зв'язок між членами є характерною рисою сім'ї. Він виявляється як "ми почуття" на противагу до "я- ти—вона почуття". Він виражається в спільних цілях сім'ї, в нормах сімейної поведінки та в спільних цінностях, яких дотримуються члени сім'ї. В системних термінах сталий стан є відносним поняттям. *Сталий стан* — це особлива конфігурація частин, яка є самопідтримуючою і самовідновлюючою. Іншими словами, це стан систем, який веде як до стабільності, так і до здатності пристосовуватися. Функціональна сім'я має зберігати стабільність, залишаючись при цьому здатною адаптуватися до мінливих умов та ситуацій.

При розгляді зв'язку, який існує між членами всередині сім'ї, виявляється те, що згуртовує сім'ю: симпатії, спільні інтереси та завдання, дружба, бажання підтримувати стосунки та подібні речі. Важливе місце займає також визначення сімейних цілей, норм та цінностей, а також здатність сім'ї адаптуватися до мінливих умов та ситуацій.

Під час діяльності та виконання своїх завдань сім'я змінює свою структуру. Метою роботи соціального працівника є допомогти сім'ї виробити таку структуру, яка б підвищувала якість взаємодії між її членами.

Наступний перелік питань стане у пригоді соціальному працівникові для кращого розуміння структури сім'ї.

Кордони сім'ї

1. Яка ціль, призначення та завдання цієї сім'ї?
2. Визначіть членів сім'ї. Опишіть їх як особистостей.
3. Які чинники спричинюють відокремлення цих людей від інших? Яким чином формувалася сім'я? За яких обставин людина більше не захотіла б бути членом цієї сім'ї?
4. Яка історія утворення сім'ї? Як і чому вона була сформована? Як довго вона існує?
5. Яку позицію займає соціальний працівник щодо сім'ї?
6. Як на родину та її функціонування (включаючи очікування від сім'ї, сутички з іншими та ресурси) впливає оточуюче середовище?
7. Опишіть відкритий/закритий характер кордонів сім'ї, включаючи її поінформованість, обмін ресурсами та відкритість до нових ідей і способів функціонування.

Рамки взаємовідносин

1. Опишіть рейтинг/статус членів сім'ї.
2. Намалюйте графічну схему стосунків у сім'ї (соціограму).
3. Як члени сім'ї виконують свої ролі? Чи всі необхідні ролі виконують? Чи є ролі, які виконують декілька членів? Які члени виконують декілька ролей?

Зв'язок між членами

1. Що саме утримує членів сім'ї разом? Укажіть на спільні інтереси та дружбу між членами сім'ї.
2. Опишіть соціально-психологічний клімат сім'ї.
3. Які в сім'ї цілі? Чи є вони чіткими та відомими всім членам сім'ї? Чи всі члени їх сприймають?
4. Які норми і правила в цій родині? Як вони розвинулися? Чи вони відомі всім членам сім'ї? Чи всі їх сприймають?
5. Яку користь отримують члени від членства у цій сім'ї?
6. Як до сім'ї ставляться її члени?

Функціонування

Групова взаємодія сім'ї — це складний процес, на який впливають дії членів сім'ї та взаємодія між ними. На ці дії та взаємодії у свою чергу впливають потреби та обов'язки членів сім'ї. На весь цей процес впливають також дії сім'ї як цілісного організму, який виконує певні завдання та підтримує себе. Ситуація, або оточення, в якому знаходиться сім'я, також впливає на її функціонування.

"Якщо шлюб функціональний, то діти мають шанс бути повністю функціональними. Якщо шлюб недостатньо функціональний, то члени сім'ї живуть у стані стресу і адаптуються недостатньо функціонально" [1].

Важливим аспектом групового функціонування є процес прийняття рішень та процес комунікації. Сім'ї приймають рішення відносно того, які ролі та завдання яким членам сім'ї належать, як розподіляти та реалізовувати рішення сім'ї та як використовувати енергію. В різних сім'ях рішення приймаються по-різному. Інколи використовують логічне обґрунтування або процес розв'язання проблем. Інколи вдаються до компромісу. А інколи один або декілька членів родини нав'язують своє рішення іншим членам. Часто сім'ї функціонують на ґрунті лише минулого досвіду.

Близькими до питань прийняття рішень є питання лідерства, владного контролю та конфліктів. **Конфлікт** часто розглядають як негативну складову групової взаємодії. Проте, якщо його вміло розв'язати, то він може стати силою, яка підвищує творчість сім'ї та допомагає їй краще справитися з проблемами. Конфлікт може трапитися в тій ситуації, де разом намагаються працювати люди з різними поглядами на проблему. Конфлікт — це боротьба за щось, чого бракує, наприклад увагу, владу, статус, вплив, право на виконання якоїсь ролі тощо. Сім'ї приймають рішення про те, як вони будуть розв'язувати конфлікти. Одним із завдань соціального працівника у допомозі сім'ям покращити взаємодію є визначення конфліктних сфер та сприяння сім'ї при виробленні здорового усунення конфлікту.

Комунікація знаходиться в центрі процесу групової взаємодії, а отже, є досить важливим аспектом її функціонування. Що означає поняття "комунікація"? Комунікація — це як вербальна, так і невербальна поведінка в соціальному контексті. Комунікативні техніки, якими користуються члени родини, вказують на успішність міжособистісної взаємодії. Інформація, рішення та директиви доходять до членів сім'ї через комунікацію, яка є засобом формулювання та модифікування думок та ставлення. В описі комунікативного процесу відзначають, хто з ким спілкується, про що і яким чином.

Ще одним способом опису функціонування сім'ї є процес реалізації завдань, тобто як сім'я виконує свої завдання залежно від того, хто що робить, та чи виконують члени сім'ї делеговані їм завдання.

Функціонування сім'ї — це процес, що забезпечує самозбереження і розвиток родини загалом і кожного її члена.

Для кращого вивчення процесу функціонування сім'ї можна використати такі питання.

Рівновага/стабільність

1. Як ця сім'я адаптується до мінливих умов? Розгляньте зміни як в оточенні, так і в самій сім'ї.
2. Скільки часу витрачається на підтримку функціонування сім'ї та на виконання групового завдання? Чи нормальна ця рівновага?

Прийняття рішень

1. Як сім'я приймає рішення щодо норм, цілей та планування обов'язків?
2. Опишіть механізми, за допомогою яких сім'я розв'язує проблеми. Чи вдаються деякі члени родини до диверсійної чи блокуючої тактики, яка б перешкоджала прийняттю рішень?
3. Чи сприяє керівництво сім'ї прийняттю рішень, чи, навпаки, гальмує цей процес?
4. Як члени сім'ї впливають на прийняття рішень?
5. Як вирішуються конфлікти? Чи визнають члени сім'ї існування конфліктів і чи вирішуються вони відкрито?

Комунікація

1. Опишіть моделі спілкування в сім'ї.
2. Чи існують в сім'ї адекватні механізми реагування (відповіді)?
3. Чи звертається увага на невербальну комунікацію?
4. Чи всі члени сім'ї мають можливості вільно спілкуватися? Чи є такі, хто говорить занадто багато?
5. Чи є такі теми, про які не завжди приємно говорити в сім'ї?
6. Чи звертають увагу на труднощі при спілкуванні, які виникають на стику належності членів до різних етнічних груп, культур та професій?

Виконання завдань

1. Опишіть, в який спосіб сім'я виконує завдання. Опишіть якість взаємодії членів при виконанні завдань.
2. Чи вдаються деякі члени родини до диверсійної чи блокуючої тактики, яка б перешкоджала здійсненню планів?

РОЗВИТОК

Коли сім'я функціонує й її структура змінюється, вона проходить кілька стадій. На кожній стадії сім'я потребує різних засобів самопідтримки. І в процесі розвитку її життєздатність зростає. Чинниками, які впливають на розвиток родин, є:

- сила відданості членів сім'ї її функціям, завданням та цілям;
- задоволення взаємних потреб членів родини;
- приязнь та піклування, які члени сім'ї відчувають один до одного;
- обмін ролями, а не змагання за них;
- повага до індивідуальності кожного члена сім'ї;
- кількість часу, який сім'я проводить разом;
- взаємодія, яка сприяє індивідуальному розвитку;
- ступінь гомогенності (однорідності), який сприяє створенню сімейних норм та цілей;

- ступінь гетерогенності, який сприяє існуванню різних ідей та точок зору серед членів родини.

Стадії розвитку сімей можуть бути зведені до наступних:

Стадія орієнтації — члени сім'ї зустрічаються вперше, шукають спільних інтересів та складають плани щодо подальшої приналежності до цієї групи. Водночас спрацьовує також механізм запобігання зближенню. Навколо визначених завдань починають розвиватися моделі діяльності. Починають виникати нові ролі. Наголос робиться на діяльності та на орієнтації на ситуацію. Індивіди приймають рішення про доцільність приналежності до цієї групи та про те, чи варто ставати залежними від інших членів родини.

Стадії розвитку сім'ї:

- орієнтація;
- влада;
- переговори;
- функціональність;
- дезінтеграція.

Стадія влади — окремі особи заявляють претензії на вплив та контроль над групою. Розгортається конфлікт. Члени сім'ї бунтують та вимагають індивідуальної автономії. Головним питанням стає володіння владою. Здійснюється перегляд структури сім'ї та її функціонування. Члени сім'ї діляться ідеями щодо того, що має робити сім'я та як вона має вижити. В процесі цього розвиваються норми та цінності сім'ї.

Стадія переговорів — в сім'ї відбувається боротьба думок та поглядів, зрештою вона стає на шлях розв'язання конфлікту. Розробляють та приймають цілі, ролі та завдання. Посилюються традиції сім'ї, розвиваються її норми та зміцнюється індивідуальна участь членів, вони стають вільнішими при обміні інформацією та думками.

Функціональна стадія — досягається високий рівень інтеграції родини. Виникає все менше конфліктів з приводу структури сім'ї та установлюються шляхи її функціонування. Членам задають різні ролі, з якими всі згодні. Налягоджуються внутрішньородинні зв'язки. Цілі та норми стають всім відомими і отримують загальне схвалення. Виникають сприятливіші умови для змін та адаптації до навколишнього середовища. Різні конфлікти та тертя долають із мінімальними втратами енергії. Члени сім'ї стають взаємозалежними при розв'язанні проблеми. Плани починають реалізовуватися, виконуються завдання та досягаються цілі. Сім'я має можливість оцінювати себе та свої досягнення. Небагатьом сім'ям вдається досягти цієї стадії.

Стадія дезінтеграції — на кожній із перших чотирьох стадій сім'я як група може почати дезінтегруватися, розпадатися. Ознаками цього є послаблення зв'язків між членами родини. Частота та сила взаємодії в групі спадає, втрачають значення загальні норми та цінності. Послаблюється також сила впливу групи на своїх членів.

Усвідомлення малої групи — сім'ї як соціальної системи — є передумовою ефективної роботи соціального працівника. Це усвідомлення є орієнтиром його діяльності та втручань.

Визначення, на якій стадії розвитку знаходиться сім'я, дозволяє соціальному працівнику з найбільшим розумінням поставитися до її потреб. Воно

також допомагає компетентно реагувати на функціонування цієї сім'ї, що є засобом покращання процесу взаємодії в її межах [12].

Сімейна терапія

Термін "терапія" вживають у медичній сфері і він означає зцілення. Цей термін був запозичений соціальною сферою і фактично означає те саме. Але мова не йде про сімейного лікаря і його допомогу родині. Мова йде радше про "зцілення" людської поведінки чи стосунків між людьми. Слово "терапія", звичайно, не є найточнішим словом, яке потрібно вживати у цьому контексті. Чому? Тому, що клієнт, чи то в особі індивіда, чи то в особі сім'ї, працює разом з соціальним працівником як з терапевтом, у них спільне завдання, яке вони не в змозі виконати поодиночі: як кажуть "танго танцюють удвох".

Як напрям професійної діяльності сімейна терапія почала розвиватись у шістдесятих роках минулого століття. Піонерами цієї роботи були Мюрей Боуен, Джей Хейлі, Вірджінія Сатір, Карл Вітакер та Сальвадор Мінухін. Перша книга Вірджинії Сатір "Спільна сімейна терапія" побачила світ 1964 року. Її поява мала великий успіх і вплив на всю сферу психотерапії; в ній було представлено альтернативні методи роботи з індивідами та сім'ями.

"Соціальний працівник як терапевт у своїй роботі користується певними прийомами, технікою. Важливим аспектом є *спонтанність*. Після того, як технічні прийоми були вивчені теоретично, про книги треба забути. Працівникові треба вкладати в терапію своє "я". Не можна ззовні спостерігати за тим, що відбувається в сім'ї. Треба стати частиною сімейної системи, реагувати на обставини так, як цього вимагають прийняті в родині норми, правила, та водночас максимально використовувати професійну і емоційну силу свого "я" [13].

Першим кроком є *приєднання до системи*. Це досягається через спілкування, встановлення діалогу. Не звертаючи уваги на негативні сторони членів сім'ї чи їхнього функціонування, на цьому етапі "терапевт" лише підтримує все позитивне в людях, стає для членів родини джерелом самоповаги. Це необхідно робити, аби запобігти можливим збуренням у сім'ї. Встановлення контакту з кожним у сім'ї, отримання статусу в сім'ї створює фундамент для подальшої роботи. Те, що сім'я прийшла на зустріч, свідчить про її готовність прийняти соціального працівника у своє оточення. Однак бачення сім'ї стосовно проблеми і шляхів її зцілення відрізняється від бачення соціального працівника. Зазвичай, сім'я пов'язує проблему з поганим функціонуванням одного з її членів і очікує, що "терапевт" зосередить всю увагу на ньому. Для спеціаліста ж він лише є *ідентифікованим пацієнтом*,

носієм симптому. Причину проблеми він бачить у недоліках функціонування сім'ї, тому він намагатиметься змінити взаємодію між членами сім'ї.

Після приєднання до сім'ї і ретельного вивчення її структури і функціонування соціальний працівник починає *первинне планування дій*.

Серед фахівців існує спільна думка про те, що *змінювати* необхідно дисфункціональний гомеостаз¹ сім'ї. Однак методи досягнення змін розрізняють залежно від теоретичних поглядів. Те, яким чином теорія впливає на практику, можна проілюструвати на прикладі трьох підходів до сімейної терапії — *екзистенціального* (Карл Вітакер), *стратегічного* (Джей Хейлі і Клу Маданес) і *структурного* [14].

Представник *екзистенціального підходу* Вітакер дивиться на сім'ю як на систему, в якій всі члени мають однакове значення. Щоб змінити ціле, треба змінити всі компоненти. Тому він вступає у боротьбу з кожним членом сім'ї, аби змінити його встановлені устої. Він домагається того, щоб кожен у сім'ї зрозумів неправомірність такого способу існування сім'ї. Клієнти описують події, що відбуваються у сім'ї, надаючи цим подіям певне значення. Вітакер намагається зробити революцію: у бесіді він оспорує зміст, який особи вкладають у події. По суті, шляхом заперечення значення тих чи тих подій у висловлюваннях члена сім'ї він заперечує форму. Фахівець вірить, що у сумнівах щодо правомірності способу спільного існування почне народжуватися кращий устрій сім'ї.

Вітакер ламає устої. Він робить це за допомогою діалогу. Почувши фразу від одного, він ставить питання іншому члену сім'ї, на іншу тему, тобто переключає увагу. Такі теми, як убивство, страхи, спокуса, кровозміщення, обговорюються у суміші з банальними фразами. Він використовує історії з життя інших людей, фантастичні історії, приклади, він жартує, натякає, вмовляє, обурюється, нудиться, аби тільки порушити старі зв'язки у системі і об'єднати членів родини, як скульптор вирізьблює фігуру відточеним ножем.

Згідно з цією екзистенціальною формулою соціальний працівник не повинен керувати створенням нових структур і не несе відповідальності, якщо вони не створюються.

Хейлі і Маданес є представниками *стратегічного підходу*. Вони вважають, що соціальний працівник повинен спрямовувати свої дії на виправлення конкретних дисфункціональних аспектів сім'ї. Він відповідає за керівництво розвитком сім'ї і за досягнення нею певних позитивних змін.

Стратегічна модель розглядає сім'ю як систему, яка складається з підсистем, розташованих у ієрархічному порядку. Дисфункція однієї підсистеми відбивається на функціонуванні інших підсистем. Змінюючи організацію членів навколо симптому, досягають змін у всій системі.

Гомеостаз — це те, що характеризує здатність системи підтримувати сталість свого функціонування.

Соціальний працівник намагається змінити баланс влади у структурах сім'ї. Одним із способів роботи є гра, в якій члени сім'ї повинні грати удавані ролі. Наприклад, якщо дитина має симптоми страху, мати, природно, захищатиме дитину. Це означає, що мати займає ієрархічно вищий щабель у стосунках. У такому випадку соціальний працівник запропонує матері удавати, ніби вона боїться бандитів. Дитина робить вигляд, що її захищає. Це перебудовує ієрархію відносин матері і дитини. Для того, щоб цей підхід спрацював, соціальний працівник повинен бачити, у якому місці система не функціонує, і вибрати вірну стратегію досягнення змін.

Структурний підхід розглядає сім'ю як організм. Соціальний працівник порушує існуючий стан рівноваги, що призводить до кризи. Криза підштовхує систему до вироблення організації, що функціонуватиме краще. У структурному підході комбінують елементи екзистенціального і стратегічного підходів, ставлячи під сумнів сімейні реалії і намагаючись викликати зміни у структурі системи.

Сім'я сама намагається позбавитися своїх проблем. Той факт, що сім'я прийшла до фахівця, свідчить про те, що своїми силами вона проблему не пододала. Як правило, під час першої зустрічі члени сім'ї розповідають про намагання розв'язати проблему, яка, на їхню думку, зводиться до невідповідних дій якогось члена (носія симптому). Соціальний працівник починає роботу з твердження, що вони помиляються. Проблема не в ідентифікованій особі, вона полягає у певній стереотипній взаємодії членів сім'ї.

Фахівець допомагає клієнтам змінити своє сприйняття проблеми і характер реакції на неї. Виклик може бути прямим і непрямим, відкритим і прихованим, простим і парадоксальним. Головна мета — змінити чи переформулювати уяву сім'ї про проблему і підштовхнути її членів до пошуків альтернативної поведінки та альтернативних реакцій.

Багато залежить від кордонів між підсистемами сімейної системи. Відсутність кордонів чи їхня прозорість призводять до надмірної зосередженості один на одному і обмеження свободи функціонування кожного, а чіткі й непрозорі кордони призводять до ізоляції один від одного і позбавляють членів сім'ї взаємної підтримки. Змінюючи сімейну структуру, ступінь близькості, можна досягти альтернативних способів мислення, почуттів та дій.

Приєднуючись до сім'ї, фахівець стає учасником системи і головним агентом змін. Він визначає спочатку діагноз сім'ї, складає графічну схему стосунків у сім'ї, тобто карту сім'ї, на якій позначає положення окремих членів відносно один одного, а також позначає ступінь прив'язаності один до одного, коаліції між окремими членами чи системами, приховані і відверті конфлікти і те, яким чином члени групуються для їх розв'язання. З карти (соціограми) зрозуміло, хто які виконує ролі, хто ухиляється від конфлікту, хто є "воротарем", "опікуном", "цапом-відбувайлом" тощо. Між підсистемами проводять також кордони. Це роблять, щоб побачити процеси, сильні та слабкі сторони. Фахівець приєднується до сім'ї, але одночасно

він стежить з боку за тим, що відбувається всередині. Він обирає собі місце у різних підсистемах цієї системи, сперечаючись та піддаючи сумніву розмежування ролей та функцій, встановлене самими членами родини. У такій стратегії використовують прийоми розмежування, порушення рівноваги і навчання взаємодоповненості.

Сім'я, що звертається по допомогу, має власне бачення своєї проблеми, своєї реальності. Тому терапія починається із зіткнення реальності фахівця і реальності сім'ї. Сім'ю турбує збереження системи в існуючому стані, тоді коли мета терапевтичного формулювання спрямована на те, аби підштовхнути сім'ю до того, щоб вона справлялася зі своєю дисфункціональною реальністю більш диференційовано і компетентно.

Соціальний працівник починає формулювати своє уявлення з речей, важливих для сім'ї. Після цього фахівець переконує сім'ю в тому, що уявлення про реальність можна розширити чи модифікувати. Для цього використовують такі прийоми, як *інсценування, фокусування і посилення напруги*.

Інсценування відбувається у присутності фахівця, який просить членів родини відтворити для нього певні схеми взаємодії. "Терапевт" вживається в сімейну реальність і одночасно реорганізує дані, змінюючи їхнє значення, вводить нові елементи і пропонує альтернативні способи дій, що належать до терапевтичної системи.

Відібравши елементи, що мають терапевтичне значення, соціальний працівник організує взаємодію членів сім'ї навколо певної теми, яка надає цим елементам нового значення (*фокусування*).

Підсилюючи напругу, він посилює терапевтичний вплив. *Посилення напруги, інсценування і фокусування* створюють нову терапевтичну реальність, яка кидає виклик реальності сім'ї, симптому і становищу його носія у сім'ї.

Підготовка фахівців із сімейної терапії — складний та тривалий процес. Він складається із засвоєння теоретичної бази і практики під наглядом супервізора (досвідченого "терапевта"). Початкуючий "терапевт" спочатку стежить за роботою досвідчених колег і отримує пояснення взаємодій, які він спостерігає. Пізніше він пробує сам працювати з сім'єю. Наставник указує на його огріхи або навіть втручається у взаємодію, коли бачить, що початківець утрачає контроль за ситуацією.

Додаток

Можливі шляхи підтримки шлюбних відносин [15]

1. Слухайте свого чоловіка (дружину), коли він (вона) говорить.
2. Надавайте своїй половині право висловлювати свої почуття та емоції.
3. Визнавайте, святкуйте, винагороджуйте досягнення свого чоловіка (дружини).

4. Обговорюйте, а потім вибачайте помилки.
5. Передбачайте потреби вашої половини та думайте про їх задоволення.
6. Прислуховуйтеся до потреб вашого чоловіка (дружини) і працюйте над їхнім втіленням.
7. Кажіть вашій половині про любов до неї щоразу, як це тільки спадає на думку.
8. Обійміть свого чоловіка (дружину), коли одному з вас це необхідно.
9. В присутності інших людей говоріть про гарні вчинки вашого чоловіка (дружини).
10. Якщо вам необхідно поскаржитися на вчинки чи погляди чоловіка (дружини) іншим особам, то спочатку обговоріть це з ним (нею), дотримуючись конструктивності коментарів.
11. Розділяйте моменти щастя й горя зі своєю половиною.
12. Розповідайте про свої слабкості чоловіку (дружині) і вислуховуйте їхні відповіді.
13. Кажіть своїй половині, що вона (він) чарівна і що для вас вона (він) бажана і мила.
14. Підбадьорюйте свого чоловіка (дружину), коли у нього (неї) депресія або сумніви в своїх можливостях.
15. Постійно цілуйте свою половину.
16. Після сварок підтверджуйте, що ваші стосунки важливіші за будь-яку сварку.
17. Запитуйте чоловіка (дружину), про що він (вона) думає або чим цікавиться, і намагайтеся знайти спільні інтереси.
18. Будьте вдячні своїй половині за відкриті вам нові ідеали чи новий досвід.
19. Грайтеся разом.
20. Запитуйте чоловіка (дружину), які в нього (неї) мрії та плани на майбутнє.
21. Скажіть чоловіку (дружині), що ви поважаєте і підтримуєте його (її) зусилля досягти здійснення мрій.
22. Навчіться поводити себе так, щоб повністю не залежати від чоловіка (дружини).
23. Дозволяйте своїй половині повчати вас і підтримуйте її позицію.
24. Визнавайте сім'ю чоловіка (дружини) і поважайте його (її) обов'язки перед нею.
25. Кажіть своїй половині, наскільки ви раді та щасливі бути одруженим із нею.
26. Здивуйте свою половину квітами, солодощами, маленькими дарунками — покажіть, що вона для вас кохана.
27. Поважайте конфіденційність того, що дружина (чоловік) говорить чи робить.
28. Довіряйте і поведьтеся так, щоб вам можна було довіряти.
29. Будьте з вашим чоловіком (дружиною), коли ви необхідні, — дайте йому (їй) знати своїми діями, що вони мають велике значення у вашому житті.

30. Будьте вірними.
31. Коли ви кохаєтеся, давайте своїй половині те, що вона хоче, щоб їй давали.
32. Дозвольте своїй половині розвиватись і морально рости тим шляхом, який вона обере.
33. Поважайте право чоловіка (дружини) мати й інших товаришів і друзів.
34. Поважайте право своєї половини на те, щоб побути на самоті — дайте їй на це час.
35. Будьте справедливі до своєї половини, але й до себе також.
36. Не опікайте й нічого не прикрашайте — будьте правдиві й щирі.
37. Допоможіть своїй половині відкрити себе.
38. Попросіть свою половину допомогти вам відкрити деякі речі у вас самих — потім подякуйте за допомогу.
39. Насолоджуйтеся спільним мовчанням, як чудовою музикою.

Контрольні запитання

1. *Опишіть, яким чином сімейне оточення впливає на розвиток дитини та формування її світогляду.*
2. *Дайте загальну характеристику проблем дітей в Україні.*
3. *Який вплив, на вашу думку, мають стаціонарні установи на психологічний, емоційний та соціальний розвиток дитини?*
4. *Якою мірою втілюються положення Конвенції ООН про права дитини в Україні? Чи бачите ви різницю між вимогами цього міжнародного документа і відповіддю українського суспільства?*
5. *Використовуючи перелік питань наведений в тексті, розробіть соціальну історію своєї сім'ї, відобразивши її функціонування, структуру та розвиток.*
6. *Які моменти потрібно враховувати, працюючи з сімейною групою? Визначіть проблеми, які мають особисте значення для вас і які ви не змогли розв'язати у своїй сімейній ситуації. Які дії ви б застосували до сім'ї з такими проблемами, якщо ви хотіли б їй допомогти?*
7. *Яка різниця між тим, щоб працювати з сім'єю як системою, і тим, щоб працювати з окремими індивідами, котрі є членами сім'ї? Чому так важливо працювати з сім'єю як з системою, аніж окремо з її членами?*

Рекомендована література

1. Вихованці інтернатів про себе і своє життя. — К.: УІСД, 2000.
2. Методичний посібник по проведенню тренінг-курсу для соціальних працівників з питань підбору, підготовки та соціального супроводу прийомних батьків. — К.: 2000.
3. Минухин,С, Фишман Ч., Техники семейной терапии. — М.: Класс, 1998.

4. Наша сім'я (Методичні рекомендації прийомним батькам) / Н.М. Комарова, Г.М. Бевз та ін. — К.: Вид-во УДЦСС, 1999.
5. Окландер В., Окна в мир ребенка, руководство по детской психотерапии.— М.: Класс, 1998.
6. Права людини в Україні: Інформаційно-аналітичний бюлетень Українсько-американського Бюро захисту прав людини: Випуск 18. — К., 1996—1997.
7. Психолого-педагогічні аспекти роботи з "дітьми вулиці": Збірник статей та методикою за редакцією Толстоухової С.В., Пінчук М. — К.: Вид-во УДЦСС, 2000.
8. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Речь, 2000.
9. Семейный портрет в интерьере: Семейная терапия. — М.: Класс, 1998.
10. Соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. Державна доповідь про становище дітей. — К., 2000.

Глава 9

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЗІ СПЕЦІАЛЬНИМИ ГРУПАМИ КЛІЄНТІВ

Навчальні цілі:

- визначити зміст поняття "спеціальні групи клієнтів";
- сприяти глибшому розумінню природи залежності від алкоголю та наркотиків;
- ознайомити з причинами зловживання психоактивними речовинами, змалювати цілі, задля яких відбувається таке зловживання;
- розкрити суть профілактичних програм та розказати про моделі профілактики вживання психоактивних речовин;
- поінформувати про розвиток та розповсюдження ВІЛ/СНІДу;
- розказати про соціальні проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей;
- показати важливість соціальної роботи з особами, засудженими до позбавлення волі;
- розкрити зміст соціальної роботи з засудженими при підготовці їх до звільнення, а згодом — адаптації до умов життя в суспільстві.

У цій главі у стислій формі розкриті особливості різних груп клієнтів з урахуванням їхніх вікових особливостей і процесу розвитку соціально дезадаптованої і кримінальної поведінки. Обговорюються знання та навички, необхідні соціальному працівникові для роботи з людьми, що мають особливі потреби. Розглянуто специфіку соціальної роботи з людьми, котрі мають залежність від психоактивних речовин, засудженими та звільненими з місць позбавлення волі, а також тими, хто живе з ВІЛ/СНІД.

Поняття спеціальних груп клієнтів

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 працівнику

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 і оцінювати актуальні проблеми людей, що належать до спеціальних груп клієнтів, і допомагати у їх розв'язанні;
- проводити консультації;
- здійснювати лікувально-профілактичні заходи з клієнтами з метою позбавлення їх від алкогольної і наркотичної залежності;
- проводити корекційну роботу з особами, які мають психічні порушення та відхилення у поведінці;
- організовувати соціально-педагогічні заходи зі спеціальними групами клієнтів;
- проводити різні форми індивідуальної роботи;
- оцінювати результати власної діяльності і робити прогноз на майбутнє.

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

Алкоголізм і наркоманія та їх вплив на здоров'я людини

Термін "алкоголізм" має два основних значення:

- хвороба індивіда;
- соціальна патологія (негативні наслідки вживання алкоголю, "зловживання") для самого індивіда, його соціального оточення або суспільства в цілому.

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

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

А. 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.

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.

Б. 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.

В. 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: психічна та фізична 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 півроку до кількох років;

- *на другій стадії до психічної залежності* приєднується ще й фізична. У разі відсутності в організмі наркотику виникає абстинентний синдром (синд-

Наркоманія — за визначенням комісії експертів ВООЗ — 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".

ром позбавленості), який притлумлює всі інші потреби, прагнення, бажання, навіть такі, як 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.

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 працівнику слід урахувувати, 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.

Соціальна робота з клієнтами із залежністю від психоактивних речовин

Україна сьогодні належить до тих країн, де темпи зростання наркоманії є надзвичайно великими. Так, за станом на 01.01.2000 р. у нашій країні нараховано 67 078 осіб, залежних від наркотичних та інших психоактивних речовин. Це близько 136 осіб на 100 000 населення. Разом з тим вік споживачів наркотичних речовин поступово омолоджується. Для деяких міст, у тому числі для Києва, наркоманія вже стала підлітковою проблемою.

Слід зазначити, що алкоголізм та наркоманія — це хвороби соціальні. Психоактивні речовини — це відомі адаптогени, тобто засоби, які забезпечують адаптацію до умов та вимог життя завдяки своїй дії. Саме таке ставлення до психоактивних речовин формує, як буде сказано нижче, підходи до реабілітаційних програм. Зловживання не з'являється нізвідки — це реакція на життєві проблеми та негаразди. Алкоголь та наркотики використовують як засоби для розв'язання цих проблем. Їх використовують для релаксації, як

засіб проти монотонної роботи чи одноманітного буття, як джерело насолоди, як супроводження соціальних подій тощо.

Для глибшого розуміння природи залежності необхідно звернутися до біопсихосоціального підходу, який дає нам контекст для розуміння вживання алкоголю та інших адиктивних речовин. Проблеми, пов'язані із вживанням цих речовин, є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, на які, в свою чергу, впливає сам характер їх вживання.

Термін "біопсихосоціальний" використовують для опису підходу, який враховує взаємодію цих факторів. Тобто для успішної реабілітації людини із залежністю слід узяти до уваги її унікальні фізіологічні та психологічні якості та певні життєві обставини (соціальна ситуація). При применшенні якогось одного із чинників успішність реабілітаційної програми буде поставлена під сумнів.

При аналізі комплексу соціальних проблем, які виникають у розглядуваному випадку, необхідно виділяти ті, які виникають на доклінічному, клінічному та післяклінічному рівнях. Тому у технологіях соціальної роботи з наркозалежними виділяють три види програм: *профілактичні, лікувально-соціальні та спеціалізовані*.

Перш ніж охарактеризувати вищеназвані програми, необхідно детальніше зупинитися на тому, як формується залежність. Її перебіг залежить від біологічних, соціальних та психологічних факторів. Разом з тим можна виділити стадії вживання.

- *Перша стадія* — початок вживання. Це відбувається, як правило, у підлітковому віці.

- *Друга стадія* — експериментування. На цій стадії індивіди експериментують із різновидами алкоголю та наркотичних речовин. У них ще не сформувалися вподобання та переваги. Вживання частіше за все відбувається з наміром досягти ефекту ейфорії.

- *Третя стадія* — соціальне вживання. У індивідів складається певна форма, ритуал уживання. Його здійснюють у певних соціальних групах, споживачі усвідомлюють як позитивні, так і негативні наслідки.

- *Четверта стадія* — вживання, що увійшло в звичку. І споживач прагне підшукувати собі друзів із схожими формами вживання. Можуть бути

Методи й форми соціальної роботи з алкоголіками і наркоманами мають однакове завдання: допомогти людині подолати згубну потребу в спиртному чи наркотиках, змінити ставлення до свого "Я".

У практичній роботі з клієнтами слід ураховувати просту систему замкненого циклу:

- *вихід із умовно визначених параметрів соціального суспільства;*
- *вхід у середовище свого психологічного "Я";*
- *зміна фізіологічних потреб організму до рівня, який був до порушення його функціональних завдань;*
- *вхід до суспільства у новій соціальній якості: "алкоголік", "наркоман";*
- *процес подолання хвороби й адаптації клієнта до нових умов.*

ознаки психологічної залежності та зростання толерантності (здатності отримувати задоволення від певної дози речовини).

- *П'ята стадія* — надмірне вживання. У споживача можуть з'явитися проблеми у взаєминах, неприємності на роботі, фінансові проблеми або проблеми із законом, що, в свою чергу, може призвести до ще більшого зловживання. Для оточуючих стає помітним проблемний характер уживання психоактивних речовин.

- *Шоста стадія* — хвороблива пристрасть (аддикція). Цю стадію характеризує повна втрата контролю вживання, незважаючи на негативні наслідки (розлучення, втрата роботи, проблеми зі здоров'ям тощо).

Профілактичні програми передбачають первинну профілактику, спрямовану на запобігання вживанню, тобто це робота з тими, хто ще не знайомий зі смаком наркотичних речовин, свого роду "вакцинація" виникнення проблеми. Такі програми, головним чином, спрямовані як на дітей та підлітків індивідуально, так і на групи ризику. Такими вважають тих, у кого ризик виникнення проблем більший, ніж у інших. До групи ризику підлітків відносять того, у кого виявляється одна або кілька таких особливостей: патологія вагітності, ускладнені пологи, важкі або хронічні хвороби дитинства, струс головного мозку, виховання у неповній сім'ї, постійна зайнятість одного з батьків, алкоголізм або наркоманія у когось із членів родини тощо.

На сьогодні існує п'ять моделей профілактики:

- *модель моральних принципів* підкреслює те, що використання психоактивних речовин є аморальним та неетичним; як правило, він набуває форми кампаній публічного вмовляння, яке часто проводять релігійні групи, а також політичні та громадські рухи, що зважають на такі принципи, як патріотизм, самопожертва заради загального добробуту. Моральний підхід здається найефективнішим у часи широкого релігійного відродження, а також активних фаз соціальних рухів, коли більшість населення залучено до загальноальтруїстичних заходів і соціальний контроль індивідуальної поведінки є найбільш сильним;

- *модель залякування ґрунтується* на твердженні, що населення можна змусити не вживати наркотичні речовини, якщо інформаційні кампанії будуть підкреслювати небезпеку такої поведінки;

- *модель фактичних знань*, або когнітивна, докладає зусиль для покращання способів передачі та отримання інформації про наркотики; є думка, що програми фактичних знань ефективніші стосовно осіб, які мають певний досвід уживання наркотиків;

- *модель афективного навчання* полягає у застосуванні афективних підходів — навчальних методик, які фокусуються більшою мірою на корекції деяких особистісних дефіцитів, ніж на проблемі власне вживання наркотичних речовин; визначальним принципом є той, що тенденція вживання може зменшуватися або зникнути, якщо такі дефіцити будуть подолані. Проблеми, які ідентифікують у таких програмах, стосуються самооцінки, визна-

чення та прояснення особистісних цінностей, прийняття рішень, навичок подолання та зменшення тривоги, розпізнавання соціального тиску;

- *модель покращання здоров'я* може бути використана як непрямий підхід до освіти в галузі наркотиків. Оздоровчі програми заохочують розвиток альтернативних звичок. Цей підхід особливо корисний для людей, які здатні турбуватися про своє здоров'я;

- *профілактичну роботу з позицій підходу нормалізації* базують на наступних принципах: 1) розширення розуміння причин, у зв'язку з якими людина звертається до наркотиків, вивчення цих причин; 2) важливість заходів, які не дозволяють випадковим споживачам стати залежними; 3) інформація щодо ризику вживання наркотиків повинна бути подана разом з інформацією про ризик, пов'язаний із вживанням алкоголю та тютюну; 4) образ залежної від наркотиків людини повинен бути демістифікований і зведений до реальних пропорцій. На саму цю тему слід зняти табу та властиві їй емоційні та сенсаційні обертони; 5) ініціативи, які включають соціоекономічну та культурну емансипацію, здаються кориснішими, ніж залякуючі повідомлення.

Ідеї профілактики з позицій підходу нормалізації є найбільш гуманними. Профілактика наркоманії повинна базуватися не на заборонах і боротьбі з негативним, а на сприянні росту можливостей особистості розв'язувати складні життєві ситуації та робити здорові життєві вибори.

Профілактичну роботу з групами ризику ведуть у школах, виховних закладах тощо.

Другий тип програм — це програми *лікувально-соціальної* допомоги. Центральне місце тут займають такі програми, які надають медичну допомогу клієнтам. Слід зазначити, що власне медикаментозне лікування без залучення реабілітаційних можливостей соціальних працівників та психологів, як правило, є неефективним. Слід орієнтуватися на програми, в яких професіонали працюють у мультидисциплінарній команді, до складу якої входять: лікар, медична сестра, соціальний працівник, психолог. Разом з ними працюють парапрофесіонали: співзалежні, екс-наркомани та екс-алкоголіки. Це дозволяє вже на перших етапах реабілітації розв'язувати проблему комплексно, із залученням до роботи членів родин залежних осіб, із проведенням індивідуальної та групової роботи за різними напрямками.

До програм медико-соціальної допомоги відносять також програми з запобігання вживання алкоголю та наркотиків на робочих місцях. В Україні практично немає досвіду широкого впровадження таких програм на підприємствах, у закладах та організаціях. У західних країнах вони є досить розповсюдженими. Програма, яку проводить підприємець або організація, передбачає допомогу працівникам, а часто і їхнім родинам у розв'язанні тих проблем, які впливають на продуктивність праці, зокрема пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. У цьому напрямку є три стратегії профілак-

тики на підприємстві: первинна — підтримка здоров'я здорових працівників завдяки заохоченню поміркованості у вживанні алкоголю та наркотичних речовин; вторинна — раннє виявлення працівників з проблемами, консультування та рання допомога; третинна — лікування, реабілітація та реінтеграція працівників, які виліковуються, в робоче життя.

Програми профілактики на підприємствах представлені у вигляді тренінгів, роботи консультаційних пунктів, організації проведення вільного часу для сімей працівників тощо.

До третьої групи спеціалізованих програм відносять такі, які можна назвати *безмедикаментозними* і які мають на меті реінтеграцію, реадaptaцію, ресоціалізацію осіб із залежністю. В межах таких програм залежні вчаться жити зі своєю хворобою. В Україні цей напрям реабілітації представлений головним чином релігійними програмами, в яких "одужання" відбувається через віру в Бога. Разом з тим є також і нерелігійні, серед яких є ті, де професіонали представлені мінімально, і вони, як правило, із колишніх залежних ("Монар", м. Хмельницький), і ті, де професіонали представлені досить широко поряд із соціальними працівниками із колишніх залежних (терапевтична спільнота "Маріїна школа", м. Київ).

Реабілітаційні програми позбавлення від залежності базуються на тому, що одужання людини відбувається при утриманні від психоактивних речовин і на можливості застосування власного потенціалу як особистості, на вірі в кожен особу, котра здатна зрозуміти власне зростання. Цей чинник життєво важливий для одужання від алкоголізму та наркоманії.

Маємо такі принципи роботи з клієнтами із залежністю від психоактивних речовин:

- *розуміння замість засудження*. Кожну людину необхідно сприймати такою, якою вона є, надаючи їй можливості для прояву своїх як позитивних, так і негативних почуттів, не засуджуючи їх, а приймаючи і розуміючи;
- *добровільності замість контролю*. Кожна людина вільна самовизначатися в тому, яка допомога їй необхідна;
- *конфіденційності*. Кожна людина має право на повагу своєї особистої сфери;
- *щирості та довірливості стосунків клієнтів і консультантів*. Взаємини клієнта і консультанта будуються на відкритості, чесності та довірі;
- *тісної співпраці з сім'єю клієнта*. Захист та допомога кожному клієнту можуть бути забезпечені тільки у спільній роботі з сім'єю;
- *допомоги для самопомоги (активності замість пасивності)*. Консультант повинен надавати клієнту можливість для самостійної побудови життя;
- *комплексної допомоги*. Будь-яку допомогу слід розглядати у сукупному контексті проблемних життєвих обставин і здійснювати у співпраці з усіма зацікавленими соціальними інституціями та організаціями.

Обговорюючи реабілітаційні програми для людей із залежністю, не можна не згадати об'єднання Анонімних алкоголіків (АА) та Анонімних наркоманів (АН). Рух АА виник у 30-х роках у США. До кінця 80-х років він поширився по всіх континентах і охопив близько 1,5 млн. чоловік.

Члени АА та АН вірять, що страждають захворюванням, яке, на їхню думку, виявляється у постійній нездатності контролювати вживання психоактивної речовини. Перелік принципів і видів діяльності АА та АН складає 12 кроків, в основі яких лежить 12 Традицій. Посилання на "вищу силу" зумовлює релігійний елемент учення. Важливою характеристикою програми одужання є діяльність, відома як "реалізація 12 кроків", в якій відповідальність за залучення нових членів та допомогу їм лягає на досвідчених учасників руху. Вважають, що це допомагає одужувати як новачку, так і більш досвідченому члену АА або АН. Цю діяльність звичайно підтримують за допомогою спеціальних зустрічей, на яких "одужуючі алкоголіки" розповідають про себе, про свої успіхи та проблеми.

У світі існує безліч різних реабілітаційних програм для людей із залежністю, і жодна з них не претендує на універсальність. Це свідчить про складність проблеми лікування хвороби. Тут зроблена лише спроба охарактеризувати найвідоміші тенденції крізь призму соціальної роботи.

Робота в сім'ї та з найближчим оточенням

Забезпеченню нормальних стосунків з дітьми у сім'ї досить часто заважають деякі особисті якості батьків. Серед них: надзвичайна емоційна чутливість, афективність (збудженість, нестабільність настрою, невитриманість, нетерплячість, роздратованість), тривожність (хвилювання без будь-яких підстав), звідси гіперопіка, прагнення зробити все для дитини наперед, гіперсоціальність, коли виховання має занадто зарегламентований характер, без урахування індивідуальності дитини. Гіперсоціалізація позначена підвищеною принциповістю у ставленні до дітей, надзвичайною вимогливістю, нав'язуванням дітям численних правил і різних умовностей; моралізуванням, часто безпідставним і малоефективним; нетерпимістю до недоліків, невмінням і небажанням йти на компроміс, вибачати; непослідовністю у стосунках із дітьми; неадекватністю ставлення до дитини у різні періоди її життя; недовірою до дітей, їхніх можливостей.

Профілактична та корекційна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, особливо потребує використання внутрішніх ресурсів сім'ї. Зокрема, слід звернути увагу на такі напрями: посилення зв'язків із батьками; профілактика та подолання асоціальної поведінки.

Важливо сформуванню у батьків готовність до прийняття допомоги з боку навчально-виховних закладів, медичних працівників, психологічної служби,

центрів соціальної адаптації молоді, а не приховувати проблему в своїй сім'ї, намагатися підтримувати підлітка в його прагненні перебороти хибну пристрасть.

При підтвердженні підозри щодо вживаних підлітком наркотичних засобів батькам слід посилити нагляд за поведінкою дитини, колом її друзів, розробити тактику спілкування з нею, підготувати її до самостійного прийняття рішення позбутися хибної звички, а в разі необхідності — звернутися до анонімної наркологічної служби.

Виховна практика, життя підказує, що особливу увагу слід приділяти негараздним сім'ям, а також сім'ям, що припускаються помилок у вихованні дітей.

Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією та СНІДом

Минуло близько 20 років з часу відкриття синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу). За цей час ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) охопив чи не всі куточки світу. Загальна кількість тих, хто має ВІЛ-інфекцію, складає близько 35 мільйонів. На жаль, Україна є однією із тих країн, де темпи поширення ВІЛ-інфекції сягнули масштабу епідемії, особливо у групах високого ризику. За станом на початок 2000 року вірус імунodefіциту людини був виявлений у 56,6 тисячі осіб, 32,6 тисячі були офіційно зареєстровані як ВІЛ-позитивні, у 1595 осіб захворювання досягло стадії СНІДу. За експертними оцінками (UNAIDS, 2000), кількість ВІЛ-інфікованих в Україні складає сьогодні більше 240 тисяч осіб.

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. Всі 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 ВІЛ 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.

Шляхи зараження ВІЛ та групи ризику

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

Перша група ризику — гомосексуалісти. Це пояснюється великою кількістю статевих контактів, вірус легко проникає у кровеносні судини через тріщини слизової оболонки. Гомосексуалізм — це статевий погляд 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 ВІЛ в організмі людини є виявлення за допомогою тесту вірусного антигена. Антитіла до вірусу утворюються в організмі, як правило, через шість—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 ВІЛ.

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;

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.

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

- латентний період (приховане здорове вірусоносійство);
- період "персистируючої генералізованої лімфаденопатії", коли виявляють збільшення шийних, ліктьових та інших лімфовузлів; самопочуття таких хворих, як правило, не порушене;
- СНІД-пов'язаний комплекс: з'являється загальна слабкість, висока температура, схуднення, пронос, порушується працездатність і сон;
- власне СНІД, який проявляється опортуністичними хворобами і злоякісними пухлинами.

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

- у більш ніж половини хворих розвиваються різні вторинні інфекції, зумовлені бактеріями, 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).

Що почуває людина, інфікована ВІЛ

Діагноз ВІЛ-інфекція з першого дня супроводжується гострими переживаннями. У більшості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, бувають важкі емоційні періоди, коли вони відчують такі симптоми, як депресія, тривога, страх, порушення сну, нічні кошмари, складності концентрації уваги, почуття провини або безпорадності, безнадія, думки про смерть. У такі моменти люди нерідко шукають полегшення в алкоголі або наркотиках, що тільки посилює їхні проблеми.

Існує чотирьохетапна психосоціальна модель перебігу СНІДу. Етап початкової кризи характеризують переміжні періоди заперечення та інтенсивної тривоги. Характерні емоційні реакції — шок, заперечення, провини, страх, гнів, печаль, пошук згоди із самим собою, прийняття захворювання. Перехідний етап пов'язаний із почуттями гніву, провини, саможалою і тривоги. Він визначається стражданням, розгубленістю і прагненням до нищення, руйнування. Серед типових реакцій можна відзначити соціальне неприйняття, глибоке занурення в себе, суїцидальне мислення, виплескування агресії через специфічну статеву поведінку або зловживання алкоголем і наркотиками і відчуття багатьох втрат. Етап подолання почуття власної неповноцінності пов'язаний із формуванням нової, стабільної індивідуальності на основі прийняття захворювання. Хворий свідомо прагне прожити кожний день повним життям і робить спроби переоцінки цінностей. Завершальний етап включає в себе приготування до смерті: хворий приводить свої справи в порядок, готується до смерті і обговорює пов'язані з нею питання.

Соціальні проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей

Вивчення соціальних проблем ВІЛ-інфікованих людей в Україні показує, що вони сконцентровані у таких сферах:

- таємниця діагнозу позитивності;
- психологічні стосунки з членами сім'ї, родичами, друзями та знайомими;
- виробничі стосунки та робота як така;
- засоби до існування та житло;
- питання законодавства та взаємовідносин із владою та правовими органами;
- дискримінація та стигматизація;
- медикаменти та медична допомога загалом;
- матеріальна та фізична допомога від різних організацій та служб.

Сприяти розв'язанню таких проблем має соціальний працівник через створення ВІЛ-сервісних організацій. Такі організації в першу чергу виконують просвітницькі функції: освіта молоді, освіта груп ризику, освіта суспільства в цілому. Наступне — це надання інформаційно-консультативної допомоги лікарів, психологів, юристів тощо. Третя функція — це підтримка людей, які мають ВІЛ-інфекцію, адже роботу такі організації ведуть з позицій повного прийняття, доброзичливості, повної анонімності. ВІЛ-сервісні служби також виконують профілактичну функцію.

Окремо варто виділити консультативну функцію за такими напрямками: консультативна допомога всім категоріям населення, передтестове консультування, післятестове консультування. Великого значення набуває перед- та післятестове консультування на наявність ВІЛ-інфекції у подальшій поведінці людей з групи ризику.

Головна мета консультування — оцінка ризику, зменшення ризику, просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІДу, пояснення результатів тесту. Ідеально, якщо передтестове та післятестове консультування проводить один і той самий спеціаліст. Він повинен установити довірливі стосунки з клієнтом. Тоді він зможе найкраще оцінити та купірувати реакції клієнта на результат тестування. Реакції можна очікувати від заперечення, мовчання, занурення в себе до розпачу, гніву, насильства. Консультант повинен напрямними запитаннями з'ясувати ступінь чутливості та особливості особистості.

Передтестове консультування є обов'язковим для всіх громадян, яким роблять тести. В процесі такого консультування виявляють необхідність тестування, оцінюють загальний стан здоров'я, наявність ризикованої поведінки, обговорюють зниження шкоди, пояснюють зміст і значення тесту, готують до результату тестування. В процесі консультування клієнт отримує інформацію про так званий період "вікна" в перебігу хвороби, про безпечну поведінку і засоби захисту від ВІЛ-інфекції. Крім того, клієнту потрібно надати психологічну підтримку, адже він знаходиться в стані стресу під час очікування результатів тесту.

Тестування дозволяє виділити три групи людей, які потребують післятестового консультування:

- ті, хто виявився інфікованим ВІЛ і потребує підтримки;
- ВІЛ-негативні особи з категорії високого ризику;
- ВІЛ-негативні особи з категорії низького ризику.

Під час післятестового консультування при негативному результаті консультант повинен повторити всю інформацію, яку він надавав до тестування. Це роблять для того, щоб клієнт добре знав, що потрібно робити і чого не потрібно робити, щоб уникнути зараження. Багато консультантів вважають корисним, щоб їхні відвідувачі розповідали своїми словами, що вони повинні робити, щоб залишитися здоровими. Необхідно домовитися про подальше відвідування консультанта, щоб клієнт міг отримати підтримку в дотриманні безпечної поведінки. Таким чином, в процесі післятестового консультування при негативному результаті консультант обговорює значення отриманого результату, нагадує про наявність "вікна" і рекомендує повторити дослідження через три — шість місяців, підтверджує необхідність дотримуватися правил безпечної поведінки.

Післятестове консультування при позитивному результаті є власне кризовим консультуванням. Звістка про наявність антитіл до ВІЛ особа сприймає як загрозу життєдіяльності. Звичайно люди у віці 20 — 45 років, тобто ті, хто найбільше підданий ризику зараження ВІЛ, не сподіваються вмерти. Вони ще не навчилися миритися з цим і не сприймають смерть як життєву неминучість. Клієнти по-різному реагують на наявність у них антитіл до ВІЛ, але можна виділити деякі загальні реакції. Ці люди знаходяться у стані емоційної кризи:

- відчують сильну загрозу;
- вражені і захоплені зненацька всім, що відбувається;
- втрачають контроль над собою;
- емоційно паралізовані відсутністю виходу із цієї ситуації.

Для того, щоб сповістити клієнта про результат дослідження, консультант використовує дотестову оцінку його особистісних характеристик, уявлень про СНІД та ставлення до ВІЛ-інфекції. Після сповіщення позитивного результату необхідно дати час особі для усвідомлення та сприйняття цієї звістки.

Під час повідомлення результатів тестування консультант повинен урахувати ризик появи крайніх форм соціально-психологічної дезадаптації — суїцидальних спроб.

Консультант не повинен:

- піддаватися паніці;
- давати неправдиві обіцянки;
- ображатися на поведінку клієнта.

Консультант повинен:

- дати чітке пояснення значення позитивного результату;
- детально пояснити різницю між ВІЛ-інфекцією та СНІДом;
- пояснити, де і як можна отримати психосоціальну підтримку і допомогу під час наступних критичних ситуацій;
- підтримувати позитивні тенденції інфікованого.

При наявності виражених психоемоційних реакцій може виникнути необхідність у наданні спеціалізованої психіатричної допомоги. Іноді буває достатньо включення в консультацію елементів психотерапії: це — ефективний прийом, апеляції до антисуїцидальних чинників (любов до близьких, батьківські обов'язки, незакінчені справи, уявлення про гріховність самогубства), а також уникнення відчуття унікальності ситуації.

Часто таке підтримуюче консультування називають каунселінгом. Каунселінг — це практика індивідуального консультування, яка поєднує в собі елементи кризової психологічної підтримки, а також надання базової медичної і практичної інформації, іноді разом із життєвими порадами.

Соціальна робота з ув'язненими

Однією з численних категорій населення, яка потребує відповідної соціальної допомоги, є особи, засуджені до позбавлення волі за вчинені кримінальні злочини. Кількість їх у місцях ув'язнення сягає 180 тисяч. Проте фізична ізоляція злочинців від інших наших співгромадян зовсім не означає, що з ними не має проводитися соціальна робота, яка спрямована на їх перевиховання та підготовку до корисного, правослухняного життя у суспільстві після звільнення від покарання.

Для забезпечення соціальної реабілітації засуджених в установах виконання покарань створена соціально-психологічна служба, до якої входять соціальні працівники та психологи.

Об'єктом впливу цієї служби є засуджений — тобто особа, яка вчинила злочин, що його причини криються в ній самій, її кримінальних схильностях, обраному способі життя та поведінки, деформаціях особистості. Серед осіб, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі, переважають крадії особистого та державного майна (40% від загальної кількості), вбивці (11,7%), гвалтувальники (11%), розбійники (10%), грабіжники (7,5%), хулігани (4,3%). Два відсотки засуджених складають неповнолітні, шість відсотків — особи жіночої статі. Майже половина засуджених — злочинці не старші 30 років. Один відсоток засуджених має вік понад 60 років. 2,5% засуджених є інвалідами першої, другої та третьої груп. 56% осіб на час скоєння злочину ніде не працювали і не вчилися. 17,5% засудженим призначено за вироком суду примусове лікування від алкоголізму та наркоманії.

Чинне кримінальне та кримінально-виконавче законодавство визначає своєю метою супровід покарання ресоціалізацією особистості злочинця. Під **ресоціалізацією** ми розуміємо процес виправлення засудженого, формування у нього правослухняної поведінки, стимулювання становлення особистості на таку життєву позицію, яка відповідає соціальним нормам.

Така соціально-демографічна та кримінально-правова характеристика контингенту засуджених зумовлює необхідність цілеспрямованої та систематичної психолого-педагогічної роботи з метою їх ресоціалізації. Саме тому основні завдання соціально-психологічної служби установи виконання покарань полягають у:

- вивченні новоприбулих засуджених за допомогою різноманітних методик (зокрема тестових); складанні їхнього психологічного портрета та розробці індивідуальних програм соціально-психологічної роботи з ними;
- реалізації цих програм під час відбування засудженими покарання та здійсненні періодичної оцінки прогресу їхнього виправлення;
- сприянні відновленню та підтримці засудженими соціально корисних зв'язків, залученні до цієї роботи родичів засуджених, представників громадськості, релігійних організацій;
- залученні засуджених, які не мають повної загальної середньої освіти, до навчання у загальноосвітніх навчальних закладах (з 1 вересня 2000 року вечірні школи функціонують у 84 виправних установах);
- сприянні трудовій зайнятості засуджених на виробництві та оволодінню робочими професіями;
- піклуванні про стан здоров'я засуджених, дотриманні ними правил санітарії та гігієни;
- організації та проведенні серед засуджених просвітницьких, культурно-масових, фізкультурно-оздоровчих та інших заходів, які забезпечують їхню зайнятість у вільний час;
- заохоченні та розвитку соціально корисної ініціативи шляхом залучення їх до корисної діяльності;
- роз'ясненні засудженим положень законодавства про зайнятість та соціальний захист населення, сприянні їхньої підготовки до звільнення і розв'язання питань побутового плану та їх працевлаштування після виходу на волю;
- здійсненні прийому засуджених з особистих питань, реагування на їхні заяви та скарги, роз'ясненні їхніх прав та обов'язків, наданні допомоги у захисті їхніх законних прав та інтересів.

Реалізацію цих засобів здійснюють соціальні працівники та психологи установ за допомогою методів ресоціалізації — тобто сукупності способів безпосереднього та опосередкованого впливу на мислення, почуття, волю та поведінку засудженого з метою формування і корекції його свідомості та досвіду поведінки, позитивних особистісних рис і якостей. Серед найбільш ефективних методів соціального впливу назвемо такі, як

Засобами соціальної реабілітації є:

- соціально-світоглядне виховання;
- продуктивна праця;
- загальноосвітнє та професійно-технічне навчання;
- моральне, правове, естетичне, фізичне та валеологічне виховання;
- гуманне соціальне середовище;
- педагогічно доцільне дозвілля;
- гуманістична діяльність суспільно корисного спрямування;
- медичне, наркологічне, психіатричне обслуговування в 'язнів.

переконання, приклад, доручення, вправа, довіра, організація перспективи, змагання, заохочення. У практичній діяльності працівників установ виконання покарань позитивно зарекомендували себе такі форми ресоціалізації засуджених, як перегляди й обговорення телепередач і кінофільмів, бесіди, диспути, щотижневі спеціальні заняття з інформування засуджених щодо соціально-економічних, правових, етичних питань, читацькі конференції, дискусійні клуби, тематичні вечори, зустрічі з цікавими людьми, представниками громадськості, різних конфесій, регулярні заняття з правових знань, юридичні консультації, соціально-психологічні тренінги та інші.

Особливого змісту набуває соціальна робота із засудженими під час підготовки їх до звільнення з установи. За кілька місяців до закінчення терміну відбування засудженим покарання з ним проводять цикл заходів соціального спрямування:

- засуджений залучається до участі у роботі школи по підготовці до звільнення, де щоденні заняття з ним проводять не лише соціальні працівники установи, а й представники міліції, прокуратури, суду, трудових та громадських організацій, адвокати, лікарі;

- психологи установи обстежують його для виявлення ступеня психологічної готовності до життя на волі, надають необхідну консультативну допомогу;

- соціальні працівники сприяють відновленню позитивних соціальних зв'язків засудженої особи з близькими та родичами;

- адміністрація установи надає допомогу засудженому у вирішенні питань побутового плану та працевлаштування після звільнення, направляє необхідні запиту до територіальних органів міліції, центрів зайнятості, соціальних служб та місцевих підприємств.

Слід зазначити, що соціальну роботу із колишніми засудженими продовжують і після їх звільнення для адаптації до нових умов життя. Ця соціальна проблема з року в рік стає дедалі складнішою, адже щороку з місць ув'язнення виходить 60 — 70 тисяч осіб, які відчують істотні труднощі у розв'язанні питань побутового характеру та працевлаштування. Переважна частина колишніх в'язнів потребує елементарної підтримки, відповідної соціальної, психолого-педагогічної, психотерапевтичної, наркологічної, психіатричної, медичної та правової допомоги, що сприяло б недопущенню їх соціальної ізоляції.

За досвідом багатьох європейських країн, безпосередньою діяльністю щодо надання соціальної допомоги зазначеним особам має займатися патронажна служба — функціонально визначена соціальна структура, яку створюють при місцевих органах державної влади. З метою забезпечення адаптації цих осіб до суспільства, поновлення їхнього соціального статусу така служба здійснює певний комплекс заходів, зокрема:

- ставить їх на профілактичний облік та здійснює контроль за їхньою поведінкою; .

- організує роботу щодо створення й діяльності центрів соціальної адаптації, ухвалює рішення про направлення осіб, котрі цього потребують, у центри соціальної адаптації;

- спільно з органами влади та органами зайнятості розв'язує питання про працевлаштування звільнених осіб;

- за дорученням місцевих органів державної влади укладає угоди з підприємствами недержавних форм власності про їх працевлаштування;

- звертається до органів виконавчої влади з питаннями про надання допомоги звільненим особам у забезпеченні житлом, призначенні пенсій тощо;

- організує надання цим особам соціальної, правової, психолого-педагогічної, медичної, психіатричної, наркологічної, освітньої допомоги;

- сприяє відновленню та зміцненню їхніх соціально корисних зв'язків;

- проводить з ними виховну роботу, спрямовану на дотримання нормативної поведінки в суспільстві;

- залучає громадські та благодійні організації до надання соціальної допомоги звільненим особам;

- організує контроль за роботою цих осіб на підприємствах, в установах та організаціях усіх форм власності;

- звертається до органів соціального захисту та охорони здоров'я з клопотанням про влаштування осіб, котрі потребують медичного нагляду (за станом здоров'я чи похилим віком), у спеціальні інтернати та будинки для людей похилого віку.

Працівники патронажної служби мають право відвідувати в установах виконання покарань осіб, котрі підлягають звільненню, для консультування щодо перспективи їхнього життя на волі.

При патронажній службі мають бути центри соціальної адаптації, головна мета діяльності яких полягає у сприянні звільненим в їх професійній підготовці та працевлаштуванні, отриманні житла, прописки, правової, психологічної та медичної допомоги, відновленні соціально корисних зв'язків, правового статусу громадянина, а також проведенні з ними профілактичної роботи щодо попередження можливих правопорушень. Такі центри повинні мати житлові та виробничі приміщення. Створюють їх за рахунок коштів місцевого бюджету та залучення інших зацікавлених організацій, підприємств та установ, як державних, так і кооперативних та громадських.

До центрів соціальної адаптації мають направляти за рішенням адміністрації установ виконання покарань чи органів внутрішніх справ осіб, котрі звільнилися з місць позбавлення волі, або тих, хто не має постійного місця проживання й потребує соціального нагляду та підтримки. Термін перебування зазначених осіб у центрі встановлює його рада, яка складається з представників органів державної влади, внутрішніх справ, патронажної служби, соціального захисту, охорони здоров'я, зайнятості населення.

У наданні соціальної допомоги мають право брати участь створені на добровільних засадах та зареєстровані в установленому порядку такі гро-

мадські організації та об'єднання, як комісії з питань постпенітенціарної допомоги, наглядові комісії та комісії у справах неповнолітніх при органах виконавчої влади, благодійні організації і фонди, опікунські ради, релігійні організації, фонди надання матеріальної допомоги, а також окремі громадяни.

Діяльність таких громадських організацій спрямована на:

- розробку та реалізацію програм ресоціалізації осіб, котрі звільнилися з місць позбавлення волі;
- цілеспрямовану індивідуальну роботу з ними;
- формування громадської думки на емпатійне ставлення до проблем колишніх засуджених;
- надання їм допомоги в побутовому плані та працевлаштуванні;
- надання юридичної та психологічної допомоги;
- організацію роботи щодо підвищення загальноосвітнього та професійного рівня цих осіб;
- залучення їх до участі в діяльності громадських об'єднань;
- формування в цієї категорії громадян позитивних орієнтацій у ставленні до релігії або залучення до конкретної конфесії;
- залучення до процесу соціальної адаптації цих осіб членів їхніх сімей, родичів, волонтерів, а також сприяння відновленню та розвитку соціальних контактів між ними.

До інституцій, які здійснюватимуть соціальну роботу з колишніми засудженими, крім патронажної служби та центрів соціальної адаптації, слід віднести інституції постпенітенціарної опіки при міських держадміністраціях, притулки та інтернати для осіб похилого віку чи таких, що втратили соціальні зв'язки й не мають певного місця проживання.

Для нас сьогодні вкрай нагальною є потреба в розробці прогресивної соціальної політики держави та відповідного законодавства у сфері соціальної адаптації осіб, звільнених із місць позбавлення волі, створення інституцій для реінтеграції їх у суспільство.

Додаток

Соціальна діагностика

У соціальній роботі соціальна діагностика передбачає вивчення мотивів і причин поведінки особистості, прошарку, групи, їхнього стану (матеріального, психічного, духовного), визначення форм, методів роботи з ними. Основною метою соціальної діагностики є виявлення соціального змісту чинників, що діють у соціально-економічних, психологічних, правових сферах суспільного життя.

Процедура соціальної діагностики спрямована не тільки на вивчення соціальних коренів правопорушень та девіантної поведінки, але й на дослідження соціальних" наслідків і змін у структурі суспільних відносин, способі життя

людей. Окрім того, соціальна діагностика передбачає вироблення профілактичних заходів щодо запобігання асоціальної поведінки людини.

У роботі з клієнтами слід застосовувати комплексне дослідження. Зокрема, бесіди за певною схемою, спостереження, систему методик від нейтральних до особистісно-значущих, від легких до важких. Слід чергувати вербальні і невербальні, малюнкові, ігрові методики. Важливе значення має використання карт спостереження, анкетування, тестування та ін. Часто для отримання швидкої і оперативної інформації про клієнта застосовують експрес-діагностику, яка ґрунтується на якісному аналізі діяльності та способів виконання завдань.

Науковці виділяють такі чинники та причини соціальної патології:

- посилення соціальної напруги;
- різке падіння рівня життя;
- соціальна дезорганізація, втрата суспільного становища (безробіття), руйнування системи соціальної підтримки;
- вимушене переважання матеріальних потреб над духовними.

При діагностуванні виявлено такі причини вживання алкоголю підлітками, молоддю:

- посилення потреби розпочинати пити за прикладом дорослих;
- ототожнення із дорослим життям;
- принадність певного зразка поведінки;
- засіб вираження протесту проти загальноновизнаних норм і цінностей;
- неуспішність у навчанні;
- конфлікт з оточенням;
- доступність алкогольних напоїв;
- незадоволення статусом у колективі.

Наркоманію фахівці пов'язують із соціальними і психолого-педагогічними особливостями підлітків. Виділяють такі її причини:

- виховання у несприятливих мікросоціальних умовах (у нестійких або неповних сім'ях, в ситуації постійних конфліктів із батьками);
- низький морально-етичний розвиток сімей;
- регулярне вживання батьками алкоголю;
- низький рівень мотиваційного, емоційно-вольового, інтелектуального розвитку, що проявляється в обмеженості інтересів, бідності емоційних та моральних почуттів, націлених тільки на споживання і розваги;
- перенасиченість розвагами при постійному прагненні до нових відчуттів.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття спеціальних груп клієнтів та дайте їх характеристику.
2. Які професійні вимоги висуваються до соціального працівника під час роботи зі спеціальними групами клієнтів?

3. Поясніть, чому залежність від психоактивних речовин є хворобою соціальною.
5. Охарактеризуйте стадії залежності.
6. Які є моделі профілактики вживання психоактивних речовин? Охарактеризуйте їх.
7. Які особливості безмедикаментозних реабілітаційних програм для людей із залежністю?
8. У чому особливість об'єднань АА та АН?
9. Чим Вас особисто може привабити робота з клієнтами із залежністю?
10. Як Ви розумієте питання роботи в сім'ї клієнта та з його найближчим оточенням?
11. Що таке СНІД? Якими є його стадії?
12. Як передається ВІЛ? Як не передається ВІЛ?
13. Які є соціальні проблеми у ВІЛ-інфікованих людей?
14. Які особливості передтестового/післятестового консультування?
15. Які є психосоціальні стадії перебігу СНІДу?
16. Поясніть важливість соціальної роботи з особами, засудженими до позбавлення волі.
17. Перерахуйте основні функції соціально-психологічної служби установи виконання покарань.
18. Які засоби соціальної реабілітації ув'язнених позитивно зарекомендували себе?
19. Розкрийте зміст соціальної роботи із засудженими при підготовці їх до звільнення.

Рекомендована література

1. Закон України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" від 1992 р.
2. Закон України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними".
3. Беца О.В. Чи потрібна в Україні соціальна служба для роботи із звільненими з місць ув'язнення? // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — №1. — С.49—55.
4. Беца О. Якою бути системі ресоціалізації осіб, звільнених із місць позбавлення волі? // Соціальна політика і соціальна робота. — 1998. — №3. — С.45—52.
5. Заєць В.А. Азбука СНІДу. — К., 1998. — 95 с
6. Кобыца Ю.В., Пурик-Бондаренко Е.П. Молодежи о СПИДе. — Киев, 1994. — 32 с.
7. Синьов В., Радов Г., Кривуша В., Беца О. Педагогічні основи ресоціалізації злочинців. — К.: Леся, 1997.
8. Справочное пособие по социальной работе / Под ред. А. М. Панова, Е. И. Холостовой. — М.: Юрист, 1997.
9. Сучасні підходи та моделі розв'язання проблеми попередження правопорушень, наркоманії серед учнівської і студентської молоді. — К.: ІЗМН, 1997.

Глава 10

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ БЕЗРОБІТНИХ

Навчальні цілі:

- дати уявлення про таке соціальне явище, як безробіття;
- розповісти про категорії населення, які мають статус "безробітного";
- дати уявлення про державні гарантії і організацію державного соціального страхування на випадок безробіття.

Зайнятість та безробіття — це найважливіші соціальні показники, які використовують для оцінки стану економічного розвитку країни. При цьому 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. Безробітна людина — це та, що не має доходного заняття (роботи), шукає роботу, готова й здатна приступити до підходящої роботи, а згідно з чинним українським законодавством — ще й зареєстрована в службі зайнятості.

Ця глава розкриває основні тенденції безробіття в Європейському Союзі та Україні, представляє інформацію щодо різних видів безробіття, його характеристик. Представлено діяльність Державної служби зайнятості, на яку покладено реалізацію державної політики у сфері зайнятості. Презентовано нові підходи до організації соціального захисту безробітних — через впровадження загальнообов'язкового страхування.

Безробіття як соціальне явище

На сучасному етапі спостерігаємо загострення проблем зайнятості в усьому світі. За даними Міжнародної організації праці, маємо близько 1 млрд. осіб, або третину робочої сили безробітних (до 150 мільйонів) та неповністю зай-

нятих. 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 — до 16 відсотків. 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 плановою 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. Якщо ж воно зростає до "проблемного" рівня, у будь-якій країні збільшуються вимоги до урядових структур стосовно безвідкладної розробки та прийняття заходів щодо посилення соціального захисту.

Для кількох поколінь наших громадян безробіття було абстрактним поняттям і асоціювалося з наслідками протиріч між працею (найманими працівниками) та капіталом (роботодавцями). У наше життя безробіття увійшло як наслідок економічної кризи, як складова ринкових реформ. Адже розвиток суспільства у напрямі формування нових відносин вимагає переходу від планово-розподільчої економіки до ринкової та розвитку і функціонування притаманних їй структур — зокрема ринку робочої сили.

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. Досі серед фахівців усіх країн немає єдиної думки щодо природного рівня безробіття, оскільки рух робочої сили відбувається постійно. Насамперед, ідеться про безробіття серед осіб, для яких пошук та очікування місця роботи, яке б відповідало їхній кваліфікації та особистим сподіванням, потребує певного часу (фрикційне безробіття), або про безробіття, що пов'язане з технологічними змінами у виробництві, які змінюють потребу підприємств у певних категоріях працівників (структурне безробіття).

Становлення українського ринку праці супроводжується виникненням низки проблем. Деякі з них є характерними для функціонування ринку різних країн, інші — властиві нашій економіці перехідного періоду (значний спад виробництва як результат руйнівних процесів у

Рівень зареєстрованого безробіття в Україні (кінець року)

1992 р. - 70,5 тис. осіб 0,25%
 1994 р. - 82,2 тис. осіб 0,29%
 1995 р. - 126,9 тис. осіб 0,46%
 1996 р. - 351,1 тис. осіб 1,27%
 1998 р. - 1003,2 тис. осіб 3,69%
 2000 р. - 1152,6 тис. осіб 4,22%

економіці, наявність значних масштабів прихованого безробіття, неповної (часткової) зайнятості тощо). Внаслідок структурної переорієнтації економіки відбуваються суттєві зміни у кількості, структурі зайнятого населення та сферах прикладання праці. Характерною ознакою сьогодення є вплив робочої сили з провідних галузей матеріального виробництва у сферу фінансових, торговельно-посередницьких послуг. Поширюється нерегламентована зайнятість, особливо серед молоді.

Триває неефективне використання та утримання на підприємствах надлишкової робочої сили у вигляді неоплачуваних адміністративних відпусток та використання неповного режиму робочого часу. У відпустках з ініціативи адміністрації у 1999 році перебували 2,8 млн. чол., що становить 19,4% середньооблікової чисельності працівників. Цей типовий для української економіки феномен отримав назву "прихованого безробіття". Він охопив майже всі галузі економіки.

Впродовж 1997—1999 років чисельність зайнятих в усіх сферах економічної діяльності зменшилася майже на 800 тис. осіб. Рівень зайнятості скоротився до 72,8%.

Збільшилася середня тривалість безробіття (з 8,5 місяців у 1997 році до 11,4 місяців у 1999 році)

Зростає рівень реального (економічного) безробіття (з 8,9% у 1997 році до 11,9% в 1999 році). В 2000 році внаслідок активізації економічної діяльності чисельність економічних безробітних і рівень економічного безробіття мають тенденцію до зниження. Рівень зареєстрованого безробіття знизився з 4,3% на початок 2000 року до 4,2% за станом на 01.01.2001 р.

Безробітні: соціально-економічний портрет

Виділяють безробіття економічне та зареєстроване.

У визначенні МОП — *економічне безробіття* розраховують за матеріалами вибіркового обстежень домогосподарств (щодо економічної активності населення Держкомстат проводить їх щорічно (1995—1998рр.) і щоквартально, починаючи з 1999 року. МОП вважає безробітними осіб віком 15—70 років (зареєстрованих та незареєстрованих у державній службі зайнятості), які одночасно відповідають трьом ознакам:

- не мали роботи (прибуткового заняття);
- шукали роботу або намагались організувати власну справу на тиждень обстежень;

- готові взятися до роботи впродовж наступних двох тижнів.

До категорії безробітних також відносять осіб, які:

- приступають до роботи впродовж наступних двох тижнів;
- знайшли роботу, чекають відповіді;

- зареєстровані в службі зайнятості як шукачі роботи;
- навчаються за направленнями служби зайнятості.

1999 року до економічних безробітних відносили 2,7 млн. осіб. Рівень безробіття (у відсотках до активного населення) становив 11,9%.

Головними причинами безробіття є:

- звільнення у зв'язку з реорганізацією, ліквідацією, конверсією виробництва, скороченням штатів (38,8 % всіх безробітних);
- звільнення за власним бажанням (26,2 % безробітних);
- неможливість знайти роботу після закінчення середньої школи, ПТУ чи вищого навчального закладу (17,5 % безробітних).

Характеристики економічного безробіття в Україні на 1999 рік
(за матеріалами вибіркового обстеження економічної активності населення)

	за 1999 р. (в середн.)	жінки	чоловіки	міське населення	сільське населення
Безробітне населення віком 15 — 70 років (млн. осіб)	2,7	1,3	1,4	2,3	0,4
Рівні безробіття, %	11,9	11,5	12,2	14,1	6,2
Розподіл безробітних за віковими групами, %	100	100	100	100	100
15—29 років	45	42	47,5	51,5	54,3
30—44 років	37	38,8	35,7	37,9	32,2
45—70 років	18	19,2	16,8	10,6	13,5
Розподіл безробітних за освітою, %	100	100	100	100	100
вища	32,3	39	26,4	34,3	20,7
професійно-технічна	31,1	27,2	34,6	31,6	28,4
загальна	36,6	33,8	39	34,1	50,9
Розподіл безробітних за професійними групами, %	100	100	100	100	100
вищі державні службовці, керівники	3,2	2,3	3,9	3,4	1,7
професіонали, фахівці, технічні службовці	23,4	31,8	16	24,7	15,7
робітники сфери обслуговування та торгівлі	11,1	17,3	5,6	11,6	7,7
кваліфіковані робітники та оператори	31,1	18,3	42,4	31,3	30,3
робітники найпростіших професій, які раніше не працювали	31,2	30,3	32,1	29,9	44,6

Зареєстровані безробітні згідно з Законом України "Про зайнятість населення" — це працездатні громадяни працездатного віку, які через відсутність роботи не мають заробітку або інших передбачених законодавством доходів і зареєстровані у державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, готові та здатні приступити до підходящої роботи. Рівень зареєстрованого безробіття розраховують як відношення чисельності безробітних, зареєстрованих у службі зайнятості, до працездатного населення працездатного віку (у відсотках).

Характеристики зареєстрованого безробіття в Україні в 1999 — 2000 рр.

	1999 рік	2000 рік
Чисельність безробітних (на початок року), тис. осіб Рівень безробіття, %	1003,2 3,7	1174,5 4,3
Чисельність безробітних жінок, тис. чол. Частка безробітних жінок у загальній чисельності безробітних, %	620,5 61,9	729,6 62,1
Чисельність безробітної молоді (віком до 28 років), тис. чол. Частка молоді в загальній чисельності безробітних, %	318,9 31,8	358,8 30,5
Чисельність безробітних, які потребують особливої соціальної підтримки (молодь, жінки з дітьми, інваліди), тис. чол. Частка безробітних, які потребують особливої соціальної підтримки, в загальній чисельності безробітних, %	153,9 15,3	176,7 15
Чисельність працевлаштованих, тис. чол. Брали участь у громадських роботах, тис. чол.	390,3 180,2	467,6 249,6

Законодавство про працю, зайнятість та соціальний захист безробітних

Декларація прав людини проголошує право кожної людини на працю, на вільний вибір роботи, на сприятливі умови життя та на захист від безробіття.

Перехід до ринкової економіки робить актуальною проблему зайнятості економічно активних громадян працездатного віку.

Право кожного — мати можливість заробити собі на життя працею, яку він сам вільно обирає або на яку він погоджується, а обов'язок держави — створити умови для реалізації цього права шляхом створення умов для забезпечення зайнятості.

Законодавство України про працю, зайнятість та соціальний захист безробітних — це сукупність усіх нормативних актів, що регулюють трудові відносини в країні.

У забезпеченні прав громадян України на працю головним законодавчим актом є Конституція України, де закріплені основні принципи трудового права, а саме:

Стаття 43

- Кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку він вільно погоджується.
- Держава створює умови для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізує програми професійно-технічного навчання, підготовки та перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб.
- Використання примусової праці забороняється.
- Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом.
- Громадянам гарантується захист від незаконного звільнення.

Стаття 45

- Кожен, хто працює, має право на відпочинок. Це право забезпечується наданням днів щотижневого відпочинку, оплачуваної щорічної відпустки, встановленням скороченого робочого дня щодо окремих професій, скороченої тривалості роботи у нічний час.

Стаття 46

- Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі... безробіття з незалежних від них обставин...
- Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням.

Важливим нормативно-правовим документом трудового права є **Кодекс законів про працю України (КЗпП України)**.

Цей документ регулює відносини всіх працівників, які працюють *за трудовим договором*, уточнює і конкретизує загальні принципи правового регулювання праці, що викладені в Конституції України.

Зокрема, Кодекс законів про працю України:

- забезпечує і реалізує права на вільну працю через добровільне укладення трудового договору;
- покладає на роботодавців зобов'язання щодо створення умов праці, що відповідають вимогам безпеки та гігієни;

Законодавство України про працю, зайнятість, соціальний захист працюючих та безробітних:

*Кодекс законів про працю України,
Закон "Про зайнятість населення"
Закон "Про оплату праці"
Закон "Про відпустки"
Закон "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття"*

- конкретизує сформульоване Конституцією право на відпочинок;
- визначає порядок розгляду трудових суперечок;
- визначає правові особливості праці жінок та молоді;
- забороняє зменшувати розмір оплати праці залежно від статі, віку, раси, національності, походження, соціального та майнового стану, ставлення до релігії та політичних переконань працівника.

Одночасно, поряд з правами працюючих, у Кодексі подано перелік їхніх зобов'язань, як-от: сумлінне виконання трудових обов'язків, дотримання трудової дисципліни, виконання встановлених норм тощо.

Окрім КЗпП України, трудові відносини регулюються іншими законами, насамперед **Законом України "Про зайнятість населення"** від 1 березня 1991 року зі змінами та доповненнями до нього, прийнятими Верховною Радою України у листопаді 1997 року, а також **Законом України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття"**, прийнятим Верховною Радою України у березні 2000 року.

Міністерства та відомства можуть видавати власні нормативні акти з питань, що входять до їхньої компетенції. При цьому накази, а також роз'яснення з приводу застосування діючого законодавства про працю, видані Міністерством праці та соціальної політики України, є обов'язковими для всіх міністерств, відомств, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування та всіх суб'єктів підприємницької діяльності. Зокрема, нормативні акти органів місцевого самоврядування торкаються встановлення різних доплат у відповідних регіонах, роботи підприємств сфери обслуговування та транспорту.

Закон України "Про зайнятість населення" визначає правову, економічну та організаційну основи зайнятості населення і його захисту від безробіття за умов ринкової економіки та рівноправного існування різних форм власності.

Згідно з законом "Про зайнятість населення", реєстрацію осіб як безробітних проводять з першого дня звернення до центру зайнятості за місцем проживання (постійної чи тимчасової прописки) за їхніми особистими заявами за умови пред'явлення паспорта і трудової книжки, свідоцтва про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (якщо вони мають статус застрахованої особи), а в разі потреби — військового квитка, документа про освіту або документів, що їх замінюють. Порядок реєстрації, перереєстрації та ведення обліку громадян і безробітних державною службою зайнятості визначає Кабінет Міністрів України.

У разі неможливості надати підходящу (відповідну) роботу безробітному може бути запропоновано пройти професійну перепідготовку або підвищити свою кваліфікацію.

Підходящою вважають таку роботу, яка відповідає освіті, кваліфікації, професії (спеціальності) працівника і яку надають за місцем проживання. При цьому розмір заробітної плати на запропонованому місці роботи повинен бути таким же, який ця людина мала на попередньому місці роботи (але

з урахуванням її середнього рівня в галузі). Крім того, враховують трудовий стаж працівника за спеціальністю, його попередню діяльність, вік, досвід, становище на ринку праці, тривалість періоду безробіття.

Для тих, хто вперше шукає роботу і не має професії (спеціальності), підходящою є робота, яка потребує попередньої професійної підготовки, або оплачувана робота (включаючи тимчасову), де не потрібна професійна підготовка. Підходящою роботою для осіб, які не працювали після звільнення понад шість місяців, якщо вони знову бажають працевлаштуватися, є робота за спеціальністю, яка потребує попередньої перепідготовки чи підвищення кваліфікації. При відсутності такої роботи підходящою є інша оплачувана робота за спорідненою професією (спеціальністю).

Для людини, яка понад шість місяців працювала не за своєю професією (спеціальністю) і втратила роботу, підходящою вважають роботу, яка відповідає тій, яку вона виконувала востаннє. Отримання ж роботи за професією (спеціальністю) можливе тільки за умови попередньої перепідготовки чи підвищення кваліфікації з урахуванням потреб ринку праці.

У разі неможливості впродовж шести місяців підібрати для людини, яка звернулася до служб зайнятості, роботу за професією (спеціальністю) через її відсутність, їй може бути запропонована зміна професії (спеціальності) з урахуванням її здібностей, здоров'я, досвіду роботи та здатності до навчання.

Не вважають безробітними:

- осіб віком до 16 років (за винятком тих, хто працював і був звільнений у зв'язку зі змінами в організації виробництва, реорганізацією, перепрофілюванням і ліквідацією підприємства, установи, організації або скорочення чисельності працюючих);

- осіб, які вперше шукають роботу і не мають професії (спеціальності), в 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;

- осіб, які відмовилися від двох пропозицій підходящої роботи з моменту реєстрації їх у службі зайнятості як таких, що шукають роботу;

- осіб, котрі мають право на пенсію відповідно до діючого законодавства.

Законом України "Про зайнятість населення" держава забезпечує надання додаткових гарантій щодо працевлаштування зареєстрованим безробітним, які потребують соціального захисту і не здатні на рівних умовах конкурувати на ринку праці. До них відносять:

- жінок, які мають дітей до 6 років;

- одиноких матерів, які мають дітей до 14 років або дітей-інвалідів;

- молодь, яка закінчила або припинила навчання у середніх загальноосвітніх школах, професійно-технічних закладах освіти, звільнилася зі строкової військової або альтернативної служби;

- осіб передпенсійного віку (чоловіків по досягненню 58 років, жінок — 53 років);

- осіб, звільнених після відбуття покарання або примусового лікування;
- дітей (сиріт), які залишилися без піклування батьків, а також осіб, яким виповнилося 15 років і яких за згодою одного з батьків можуть, як виняток, приймати на роботу.

З метою забезпечення працевлаштування зазначених категорій громадян місцеві органи самоврядування (місцеві державні адміністрації) встановлюють квоту для підприємств, установ і організацій, незалежно від форм власності, з чисельністю працюючих понад 20 чоловік до п'яти відсотків загальної кількості робочих місць за робітничими професіями, у тому числі з гнучкими формами зайнятості.

Центри зайнятості готують пропозиції місцевим державним адміністраціям, виконавчим органам відповідних рад щодо величини броні та квоти робочих місць на підприємствах на наступний рік. Після їх затвердження місцевими державними адміністраціями, виконавчими органами відповідних рад підприємства у двотижневий строк погоджують з центрами зайнятості перелік громадян, які потребують соціального захисту, на заброньовані робочі місця. У рахунок квоти підприємства можуть бронювати робочі місця з надомною працею та з гнучкими формами зайнятості.

Ліквідація заброньованих робочих місць може бути здійснена роботодавцем тільки за погодженням з місцевими державними адміністраціями, виконавчими органами відповідних рад та державною службою зайнятості.

У разі відмови при прийнятті на роботу громадян, які належать до категорій громадян, що потребують соціального захисту і не здатні на рівних умовах конкурувати на ринку праці, у межах встановленої броні за кожен таку відмову відповідно до пункту 3 статті 5 Закону України "Про зайнятість населення" державна служба зайнятості стягує з підприємства штраф у п'ятдесятикратному розмірі неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

Організація соціального захисту від безробіття

Для виконання комплексу робіт, пов'язаних зі створенням умов, що сприяють реалізації прав на працю і забезпеченню соціального захисту безробітних, у грудні 1990 року була створена Державна служба зайнятості населення.

Діяльністю цієї служби керує Міністерство праці та соціальної політики України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування.

До державної служби зайнятості входять:

- Державний центр зайнятості.
- Центр зайнятості Автономної Республіки Крим; обласні, Київський та Севастопольський міські, районні, міські та районні у містах (міста, які мають районний поділ) центри зайнятості.

- Навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, центри професійної орієнтації населення.
- Інспекції з контролю за додержанням законодавства про зайнятість населення.
- Державна служба зайнятості включає також інформаційно-обчислювальні центри, територіальні та спеціалізовані бюро зайнятості, центри реабілітації населення.

Державна служба зайнятості:

- аналізує і прогнозує попит та пропозицію на робочу силу, інформує населення й державні органи управління про стан ринку праці;
- консулює громадян, власників підприємств, установ і організацій або уповноважені ними органи, які звертаються до служби зайнятості, про можливість одержання роботи і забезпечення робочою силою, вимоги, що ставляться до професії, та з інших питань, що є корисними для сприяння зайнятості населення;
- веде облік вільних робочих місць і громадян, які звертаються з питань працевлаштування;
- надає допомогу власникам підприємств, установ, організацій або уповноваженим ними органам у підборі необхідних працівників;
- реєструє у встановленому порядку громадян як безробітних, надає їм матеріальне забезпечення на випадок безробіття відповідно до Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття";
- здійснює пошук підходящої роботи та сприяє у працевлаштуванні, зокрема надає роботодавцям дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних;
- організує при потребі професійну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації громадян у системі служби зайнятості або направляє їх до інших навчальних закладів, що ведуть підготовку та перепідготовку працівників, сприяє підприємствам у розвиткові та визначенні змісту курсів навчання й перенавчання;
- надає послуги по працевлаштуванню та професійній орієнтації працівникам, які бажають змінити професію або місце роботи (у зв'язку з пошуками високооплачуваної роботи, зміною умов і режиму праці тощо), вивільнюваним працівникам і незайнятому населенню.

Послуги, пов'язані із забезпеченням зайнятості населення, державна служба надає безоплатно.

Діяльність Державної служби зайнятості спрямована на розгортання активних програм сприяння зайнятості (працевлаштування, перенавчання) та надання матеріальної підтримки зареєстрованим безробітним. Впродовж 1997—2000 років охоплено активними заходами сприяння зайнятості 2,7 млн. осіб, працевлаштовано 1,8 млн. осіб. Проїшли профпідготовку та

профнавчання 422 тис. осіб, активізовано роботу щодо розширення громадських та сезонних робіт, в яких взяли участь 550 тис. осіб.

Для накопичення коштів 1991 року створено Державний фонд сприяння зайнятості населення, який є загальнодержавною, позабюджетною, цільовою, самостійною фінансовою системою, що функціонує як на державному, так і на регіональному рівнях. Кошти цього фонду накопичують за рахунок обов'язкових внесків підприємств, установ, організацій всіх форм власності, асигнувань державного та місцевих бюджетів, внесків фізичних осіб, що працюють на умовах трудового договору (контракту) або виконують роботи (послуги) згідно з цивільно-правовим договором.

*Використання коштів Державного фонду сприяння
зайнятості населення за 1999 рік*

Статті видатків	Млн. грн.	%
Виплата допомоги по безробіттю	335,5	64,5
Професійна підготовка та перепідготовка незайнятого населення	44,3	8,5
Організація громадських робіт	6,4	1,2
Надання фінансової допомоги на переселення сімей у сільську місцевість	1	0,2
Відшкодування Пенсійному фонду коштів за вихід на дострокову пенсію	27,8	5,3
Надання безпроцентної позики безробітним для зайняття підприємницькою діяльністю	0,1	0,02
Видатки, всього	520,5	100

З 2001 року фінансування діяльності, державної служби зайнятості здійснюється відповідно до Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття".

Перехід до системи соціального страхування на випадок безробіття

Україна поступово здійснює перехід до діючої майже у всьому світі системи соціального захисту населення, ґрунтованої на обов'язковому соціальному страхуванні в комплексі з державними соціальними допомогами. Прийнято Закон України "Про обов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття". Реформування системи соціального захисту від безробіття спрямоване на:

- чітке визначення страхового випадку, при настанні якого надаватиметься матеріальне забезпечення за страхуванням;
- удосконалення системи виплати допомоги по безробіттю через встановлення залежності виникнення права на її одержання від сплати страхових внесків та періоду роботи перед настанням безробіття;
- залежності розміру допомоги по безробіттю від страхового стажу та тривалості безробіття;
- визначення умов соціального захисту працівників, які знаходяться у стані часткового безробіття;
- встановлення відповідальності суб'єктів страхування за формування та витрачання страхових коштів;
- запровадження управління страховим фондом на засадах соціального партнерства.

Соціальним захистом через соціальне страхування на випадок безробіття, як це передбачено Конституцією України, будуть охоплені застраховані особи, які є безробітними з незалежних від них обставин. Страхуванню підлягатимуть всі працюючі за наймом і особи, які проходять альтернативну (невійськову) службу. В законі визначені обставини, безробіття з яких вважається незалежним від дій застрахованої особи. Це — вивільнення працівників у зв'язку із скороченням чисельності або штату, а також звільнення за власним бажанням за поважних причин.

Окрім того, закон передбачає соціальний захист окремих категорій незастрахованих осіб, які є безробітними, і щодо яких сьогодні здійснюють соціальний захист відповідно до Закону "Про зайнятість населення". Це, зокрема, особи, які шукають роботу вперше, військовослужбовці, звільнені у зв'язку із скороченням чисельності або штату без права на пенсію, тощо.

Законом передбачені такі види забезпечення:

- допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності;
- допомога по частковому безробіттю (вимушене тимчасове скорочення нормальної або встановленої законодавством України 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);
- 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 є:

- професійна підготовка або перепідготовка, підвищення кваліфікації та профорієнтація;

- пошук підходящої роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі шляхом надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних;

- інформаційні та консультативні послуги, пов'язані із працевлаштуванням.

Перекваліфікацію або підвищення кваліфікації безробітних здійснюють тоді, коли неможливо у визначений законом термін підібрати для них підходящу роботу.

Громадські роботи місцеві органи самоврядування за участю служб зайнятості проводять для забезпечення тимчасової зайнятості. Оплату праці особам, які працюють на громадських роботах, здійснюють за фактично виконану роботу, і вона не може бути меншою, ніж мінімальний розмір заробітної плати, встановлений законодавством України. Ці працівники мають право на всі соціальні гарантії, включаючи право на пенсійне забезпечення, виплату допомоги з тимчасової непрацездатності через хворобу тощо. За ними збережена виплата допомоги по безробіттю у встановлених розмірах.

Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття" передбачає:

- умови та тривалість виплати допомоги по безробіттю;
- параметри допомоги по безробіттю (у відсотках до середньої заробітної плати);
- умови і права надання, розмір та тривалість виплати допомоги по частковому безробіттю;
- умови припинення, відкладення виплат матеріального забезпечення на випадок безробіття та скорочення їх тривалості;
- умови забезпечення незастрахованих осіб (військовослужбовців, звільнених з військової служби у зв'язку із скороченням чисельності або штату без права на пенсію; осіб, які шукають роботу вперше).

Виникнення права на допомогу по безробіттю залежить від сплати страхових внесків та тривалості роботи перед початком безробіття (26 календарних тижнів упродовж року). Крім того, розмір допомоги по безробіттю буде встановлено, виходячи із розміру попередньої заробітної плати застрахованої особи, з урахуванням страхового стажу та тривалості безробіття, що позитивно впливатиме на дієвість мотивів до прискорення пошуку роботи. Зазначені підходи дозволяють ліквідувати діючу сьогодні "зрівнялівку", коли однакову допомогу по безробіттю у розмірі 75 чи 50 відсотків середньої заробітної плати отримує і той, хто пропрацював 25 років, і той, хто — 10 місяців.

Розмір страхових внесків для роботодавців і застрахованих осіб та обсяги асигнувань Державного бюджету встановлює щорічно Верховна Рада одностайно із затвердженням Державного бюджету.

Для управління страхуванням на випадок безробіття, проведення збору та акумуляції страхових внесків, контролю за використанням коштів, виплати забезпечення та надання соціальних послуг створено *Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття*.

Формування страхового фонду передбачено за рахунок страхових внесків роботодавців, застрахованих осіб, асигнувань Державного бюджету, інших джерел. Діяльність фонду регулюють Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, Закон України "Про зайнятість населення", Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття".

Контрольні запитання

1. *Розкрийте зміст поняття безробіття.*
2. *Який правовий статус безробітних в Україні?*
3. *Назвіть нормативно-правові акти, що стосуються розв'язання проблем безробіття.*
4. *Як організовано управління системою соціального захисту від безробіття?*
5. *Як функціонує система соціального страхування на випадок безробіття?*
6. *Які види забезпечення і соціальних виплат передбачені соціальним страхуванням на випадок безробіття?*

Рекомендована література

1. Закон України "Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування".
2. Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття".
3. Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні".
4. Кодекс законів про працю України.
5. Основні напрями соціальної політики України на 2001 — 2004 роки.
6. Петюх В.М. Ринок праці та зайнятість: Навчальний посібник. — К.: МАУП, 1997. — 120 с
7. Устінова Т. На засадах солідарності: Загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття у запитаннях та відповідях // Соціальна політика. — 2001. — 23 березня.

Глава 11

ОСНОВИ МЕДИЧНИХ ТА ГІГІЄНИЧНИХ ЗНАНЬ

Навчальні цілі:

- сформувати загальне уявлення про функціонування основних систем організму;
- поінформувати про основні захворювання та їхні соціальні наслідки;
- надати знання про особливості першої та невідкладної допомоги;
- дати уявлення про комплекс запобіжних заходів, необхідних для організації санітарно-протиепідемічного режиму.

Кілька тисячоліть людство накопичувало знання про те, як допомогти людині, яка занедужала. Найвидатніші вчені спрямовували свій талант на пошуки найефективніших ліків та розкриття причин різних хвороб. Сьогодні ми з вами стали свідками невідомого в історії розквіту медичної науки, що озброїлася найсучаснішими досягненнями фізики, хімії та біології.

Проте не слід забувати, що найдієвішою є та допомога, яку надають вчасно. Жодна сучасна клініка не зможе врятувати людину, в якій розвинувся інфаркт, якщо випадковий перехожий не допоможе відновити дихання.

Ця глава покликана дати соціальним працівникам загальне уявлення про те, як функціонує організм людини, як розпізнати ознаки того чи того захворювання і надати відповідну допомогу.

Загальні відомості про анатомію та фізіологію організму людини

Людський організм являє собою складну біологічну систему, що здатна підтримувати безперервний перебіг різних процесів (наприклад, дихання чи нервової діяльності) упродовж значних періодів часу.

Організм людини складається приблизно з трьох трильйонів клітин, переважна частина яких спеціалізується на виконанні певних функцій, а тому об'єднується в те, що ми називаємо органами. Органи, в свою чергу, об'єднуються у так звані функціональні системи, що забезпечують виконання певної життєвої функції. Тому, наприклад, ми говоримо про захворювання серцево-судинної системи, а не просто захворювання серця. Це означає, що в патологічному процесі бере участь не тільки серце, але й судини, нервові центри, легені, жирова тканина, імунні клітини тощо. Саме тому під час надання допомоги хворим слід враховувати різні елементи, що складають уражену систему.

Скелет та м'язи

Скелетом людини називають комплекс кісток та їхніх з'єднань. Скелет є пасивною частиною опорно-рухового апарату людини; його активною частиною є м'язи. Скелет складається з **осьового** та **додаткового відділів**. Осьова частина включає череп, хребет та кістки грудної клітки. Додатковий скелет — це кістки кінцівок (рук та ніг).

Крім того, скелет виконує функцію опори для м'яких тканин та органів. Він також визначає зовнішню форму тіла та всього організму людини. Функція руху забезпечується рухомими з'єднаннями кісток, які приводять у рух м'язи — активний компонент рухового апарату людини. Всі скелетні м'язи складаються з м'язових волокон, скорочення яких призводить до скорочення всього м'язу.

Крім рухової функції, м'язи беруть участь у забезпеченні кровообігу, виконуючи роль допоміжного насосу. Вони проштовхують кров по венах, а лімфу — по лімфатичних судинах.

Всередині більшості кісток знаходиться **кістковий мозок** — орган, що забезпечує процес кровотворення. Кістковий мозок містить значну кількість клітин, що можуть розвиватися в будь-яку з клітин, із яких складається кров — еритроцити, лейкоцити, тромбоцити та інші. Окрім кісткового мозку, до системи кровотворення відносять також селезінку, яка містить в собі еритроцити, що "відпрацювали" свій термін, та печінку, в якій проходить завершальні стадії обмін гемоглобіну.

Система дихання

Функція органів дихання — забезпечення тканин людського організму киснем та звільнення їх від вуглекислого газу. Органи дихання також беруть участь в утворенні голосу, забезпеченні функції нюху, в синтезі деяких гормонів, водно-сольовому та жировому обміні. Дихальна система складається з **органів, що проводять повітря** (порожнина носа, носоглотка, гортань, трахея та бронхи), та з **органів, що виконують функцію дихання**, або газообміну (легені). Початковий відділ дихального апарату — порожнина носа складається з **зовнішнього носа** та системи **носових ходів**. Далі повітря потрапляє до верхньої частини дихальної трубки — **гортані**.

Гортань переходить в дихальне горло — **трахею**, яка поділена на два головних бронха, що прямують до правої та лівої легені.

Легені — головний орган дихальної системи — є парним органом, що займає основний об'єм грудної клітки. Кожна легеня складається з розгалуження бронхів, що утворюють "скелет" органу — бронхіальне дерево, та системи легеневих пухирців — **альвеол**. Альвеоли є основним газообмінним відділом дихальної системи.

Зовні легені вкриті **плеврою** — тонкою та вологою оболонкою, що покриває кожну з легень.

Система кровообігу

До складу цієї системи входять кровоносні судини і центральний орган кровообігу — серце. Серце складається з чотирьох порожнин: правого та лівого передсердь і правого та лівого шлуночків. Кожне передсердя з'єднується з відповідним шлуночком серця. Праве передсердя та правий шлуночок серця відділені від лівого передсердя та лівого шлуночка.

Венозна кров із всього організму надходить по венах у праве передсердя, а звідти через правий передсердно-шлуночковий отвір — у правий шлуночок серця. З останнього кров надходить у легеневий стовбур, звідки по легеневи артеріях випливає в праву і ліву легеню. У легенях венозна кров насичується киснем, стає артеріальною і по чотирьох легеневи венах прямує в ліве передсердя; звідси кров через ліве передсердно-шлуночкове устя переходить у лівий шлуночок серця. З лівого шлуночка серця кров надходить у найбільшу артеріальну магістраль — **аорту**. Віддавши кисень тканинам і прийнявши від них вуглекислоту, кров стає венозною і повертається до серця.

Так виходить замкнуте коло кровообігу. Цей шлях крові називається **загальним колом кровообігу**, де розрізняють **мале коло кровообігу** і **велике коло кровообігу**.

Система травлення

Ця система складається з трубки травлення і тісно зв'язаних з нею великих залоз шлунково-кишкового тракту (ШКТ): слинних залоз, печінки, підшлункової залози та великої кількості менших залоз, які знаходяться в стінках слизової оболонки всіх відділів ШКТ. Він починається порожниною рота та закінчується заднім проходом. їжа після первинної обробки та змішування із слиною у порожнині рота потрапляє до глотки, а потім — до стравоходу, який забезпечує проходження її до шлунка.

В шлунку починається процес активної обробки їжі за допомогою соків травлення, основними компонентами яких є соляна кислота та фермент пепсин.

Печінка — найбільша залоза людського тіла, що розташована під правим підребер'ям та в нормі не виходить за край ребра більше ніж на 1 см. Печінка виконує важливу функцію знешкодження токсичних речовин, що потрапляють в організм людини разом з їжею та рідиною. Крім того, саме в печінці відбуваються процеси, пов'язані з кровотворенням. Печінка синтезує жовч, яка, накопичуючись також у **жовчному міхурі**, забезпечує всмоктування жирів.

Підшлункова залоза розташована позаду шлунка. Крім виділення соків травлення, ця залоза синтезує важливі гормони, що підтримують та регулюють рівень глюкози крові.

Після проходження тонкою кишкою залишки їжі потрапляють до товстої кишки, а звідти — до прямої, після чого виводяться з організму.

Сечостатева система

Ця система об'єднує дві групи органів, що виконують різні функції — сечоутворення та виділення, а також статеві органи. Вона має спільні анатомічні структури, тому розглядають її як єдину. Органи виділення виконують важливу функцію очищення тканин від шлаків, що утворюються в процесі обміну речовин.

До органів виділення відносять нирки, сечоводи, сечовий міхур та сечовивідний канал.

Нирки є основним органом сечоутворення. Нирки розташовані позаду органів живота, на рівні останніх ребер. Крім того, нирки беруть участь у підтриманні та регуляції артеріального тиску крові.

З нирок сеча потрапляє до **сечового міхура**, розташованого на дні таза.

Статеві органи розділяють на внутрішні та зовнішні.

До внутрішніх чоловічих статевих органів відносять яєчка з придатками, сім'явивідні протоки, сім'яні пухирці, простату та бульбоуретральні залози. До зовнішніх відносять статевий член та мошонку.

До внутрішніх жіночих статевих органів відносять яєчники, маточні труби, матку та піхву. З органами статевої системи тісно зв'язана молочна залоза. Це парний орган, що розташований на передній стінці грудної клітки. Його функціональну активність регулюють статеві гормони.

Нервова система

Кожна істота повинна сприймати сигнали зовнішнього середовища (світло, звук, температура, тиск тощо), засвоювати їх, обробляти та відповідно реагувати. Іншими словами, організм повинен виступати як єдине ціле, органи та системи повинні працювати узгоджено. Всі ці функції — регуляція роботи органів та систем, сприйняття сигналів зовнішнього середовища та формування узгодженої та врівноваженої відповіді на них — виконує нервова система.

Єдину нервову систему розділяють на **центральну** (головний та спинний мозок) та **периферійну** (нерви). Крім того, виділяють **соматичну** та **вегетативну** нервову системи.

Спинний мозок знаходиться всередині хребтового каналу. Спинномозкові нерви прямують до органів та тканин, виходячи крізь отвори, утворені хребцями. Сіра речовина спинного мозку знаходиться в центрі органа, її оточує біла, яка складається з відростків нервових клітин. Ці відростки, власне, й утворюють нервові волокна, що проводять імпульси лише одного характеру, наприклад, больові або температурні.

Продовженням спинного мозку є **головний мозок**, який розміщений у черепі. В ньому розрізняють: продовгуватий мозок (містить, зокрема, центри дихання та регуляції судинної системи), задній мозок (міст та мозочок — найважливіший центр координації рухів), середній мозок, проміжний мозок та кінцевий мозок.

Кора головного мозку вкриває поверхню його півкуль і забезпечує аналіз та синтез подразників, що надходять до нервової системи через органи чуття, підтримує такі важливі функції, як абстрактне мислення, вольову активність та поведінку.

Периферійна нервова система являє собою черепні та спинномозкові нерви, що відходять, відповідно, від головного та спинного мозку.

Вегетативна нервова система забезпечує "рослинні" функції організму — живлення, дихання, виділення, розмноження, обмін та циркуляцію рідини. Вона пов'язана в основному з внутрішніми органами і забезпечує цілісну реакцію організму на зміни умов середовища.

Соматична нервова система складається з нервів та відповідних центрів, що доносять нервові імпульси до скелетних м'язів.

Ендокринна система

Вона являє собою залози (гіпофіз, щитовидну, тимус, надниркові, підшлункову), що не мають вивідних протоків, але виділяють в організм фізіологічно активні речовини — гормони. Гормони стимулюють або послаблюють функції клітин тканин та органів. Таким чином, ендокринні залози разом із нервовою системою (та під її контролем) забезпечують єдність та цілісність організму, формуючи систему його **регуляції**.

Органи чуття

Органи чуття є периферійним відділом аналізаторів. Аналізатор складається з трьох частин — периферійної (органи чуття), де відбувається сприйняття факторів зовнішнього середовища, проміжної (складається з провідних шляхів) та центральної, яка представлена ділянками кори головного мозку, де відбувається аналіз та синтез інформації, що надійшла від органів чуття, а саме:

- органу дотику;
- органу смаку;
- органу нюху;
- органу зору;
- органу слуху.

Розповсюджені захворювання людини

Тут ідеться про опис захворювань, які зазвичай примушують людину звертатися по допомогу. Більш докладну інформацію можна знайти, наприклад, у "Довіднику практичного лікаря".

Соціальному працівникові слід пам'ятати, що більшість зі згаданих тут розладів потребують кваліфікованої медичної допомоги відповідних фахівців.

Артеріальна гіпертензія (підвищений артеріальний тиск)

Кров рухається в організмі завдяки тому, що серце своїми потужними скороченнями підтримує постійний тиск крові у великих судинах, які називають **артеріями**. Нормальний тиск, який забезпечує життєдіяльність людини, становить в середньому 120—140/80—90 мм. рт. ст. (читається "сто двадцять на вісімдесят міліметрів ртутного стовпчика"). Цифра 120 означає, що в нормі найвищий тиск, зареєстрований під час удару серця, стано-

вить 120 мм. рт. ст. (систоличний тиск), а цифра 80 означає найменший, діастолічний тиск.

З віком артеріальний тиск поступово підвищується. Верхня межа нормального тиску становить 160 мм. рт. ст. Якщо тиск підіймається вище цієї межі, радше за все йдеться про якесь захворювання.

На початкових стадіях хвороби, що протікають з підвищенням тиску, зазвичай не вирізняють характерних ознак. Це може бути головний біль, швидка втомлюваність, порушення сну. Тільки постійний контроль артеріального тиску допомагає встановити суть хвороби.

Крім вимірювання артеріального тиску, для визначення причин підвищеного тиску проводять низку допоміжних обстежень.

Найчастіші причини підвищеного артеріального тиску

- Гіпертонічна хвороба.
- Хвороби нирок.
- Цукровий діабет.
- Захворювання судин, зокрема атеросклероз.
- Захворювання ендокринних залоз, особливо надниркових та щитовидної.
 - Вживання деяких ліків (протизаплідні засоби, деякі антидепресанти, гормони, наприклад, преднізолон).

Найбільш загрозованим станом при будь-якій із цих хвороб є так званий **гіпертонічний криз**, який проявляється у раптовому підвищенні артеріального тиску до 170 мм. рт. ст. і навіть вище. Іноді артеріальний тиск може досягати 300 мм. рт. ст.

Типові симптоми гіпертонічного кризу

- Початок майже завжди пов'язаний із порушенням нервової регуляції (стрес, різка зміна погоди тощо).
 - Відчуття слабкості.
 - Блювання та нудота.
 - Запаморочення.
 - Прискорене серцебиття.
 - Різде підвищення артеріального тиску.

Гіпертонічний криз потребує втручання лікаря. При неможливості швидко отримати лікарську допомогу слід застосувати засоби для зниження артеріального тиску, які зазвичай вживає хворий і які були призначені лікарем (частіше гіпертонічний криз розвивається у хворих, котрі вже досить давно страждають від певного виду артеріальної гіпертензії).

Біль у грудях

Біль у грудях — розповсюджений симптом, який часто примушує людину звертатися по допомогу до спеціаліста.

Розрізняють різкий та нестерпний біль у грудях, а також постійний біль, що повторюється з певною періодичністю або за певних обставин.

Причини гострого болю в грудях

- Захворювання серця:
 - інфаркт міокарда;
 - запалення серця та його оболонки.
- Захворювання (аневризми) аорти.
- Захворювання легенів:
 - пневмоторакс (порушення цілісності плеври та надходження повітря до плевральної щілини);
 - запалення плеври.

Причини хронічного (постійного) болю

Стенокардія (порушення кровообігу самого серця).

Ревматизм.

Неврози.

Клімакс.

Пневмонія та специфічні запалення легенів (наприклад, туберкульоз).

Пухлини органів грудної клітки.

Ураження міжреберних нервів — вірусне, травматичне, токсичне тощо.

Ураження м'язів грудної клітки та верхніх кінцівок.

Захворювання кісток та суглобів — шийний остеохондроз.

Захворювання молочної залози.

Захворювання стравоходу — запалення, виразки.

Як бачимо, спектр розладів, що спричиняють біль у грудях, досить різноманітний, тому для визначення справжнього діагнозу необхідне ретельне медичне обстеження з використанням електрокардіографії, рентгенографії та інших лабораторних методів.

Особливо уважно треба поставитися до хворих, що відчувають гострий та нестерпний біль у грудях, оскільки часто навіть незначна допомога, надана вчасно, може врятувати такому хворому життя.

Типові симптоми інфаркту міокарда

- Біль в ділянці серця виникає раптово або після приступу стенокардії.
- Найчастіше біль розвивається рано-вранці (але не тільки).
- Біль досить швидко посилюється, хворі, намагаючись вгамувати його, не можуть залишатися на місці, постійно змінюють положення тіла.
- Біль стискний.
- Інтенсивність болю зростає приступами, набуваючи нестерпного характеру приблизно через півгодини після початку. Хворий не може стримувати його й кличе на допомогу.
- Найсильніший біль відчувається в ділянці серця, він може віддавати в шию, ліву руку, спину (між лопатками) або у верхню половину живота.
- Спостерігаємо прискорення пульсу до 100—120 ударів на хвилину.
- Порушується ритм серцевих скорочень.

У практиці інфаркт міокарда становить приблизно половину всіх випадків гострого нестерпного болю в грудях, але точний діагноз можна встановити лише після ретельного обстеження, зокрема шляхом проведення електрокардіографії.

Отож, якщо ви спостерігаєте у хворого стан, описаний вище, слід укласти його, забороняючи рухатися чи підійматися з ліжка, та негайно викликати лікаря чи швидко допомогу, вказуючи на ймовірний діагноз та необхідність проведення електрокардіографії. До прибуття лікаря слід надати хворому допомогу. У випадку зупинки серця необхідно провести комплекс заходів, спрямованих на відновлення його роботи (див. *"Надання невідкладної допомоги"*).

Зовнішньо схоже на інфаркт міокарда протікають і приступи болю в ділянці серця, викликані певними невротичними розладами. Іноді навіть досвідчені лікарі не можуть відрізнити ці захворювання без допомоги електрокардіографії. Якщо є така можливість, слід розпитати хворого, чи були в нього раніше такі болі, чим вони закінчились, яку допомогу він отримав, що допомогло йому найбільше. Цю інформацію слід повідомити лікареві.

Біль у животі

Біль у животі — один з найпоширеніших симптомів. Розрізняють три основних види болю в животі.

1. Вісцеральний біль (біль в одному ураженому органі). Це важкий біль тягнучого характеру, що супроводжується потовиділенням, нудотою, блювотою, різкою блідістю шкіри. Всі спроби хворого зменшити цей біль, змінюючи положення тіла, не дають результатів. Такий біль спостерігається при запальних процесах органів живота — печінки, підшлункової залози, шлунка.

2. Соматичний біль виникає при подразненні очеревини, що вкриває хворі органи. Цей біль відрізняється великою інтенсивністю та чіткою локалізацією — хворий може точно вказати місце найбільшої інтенсивності болю. Так буває, зокрема, при гострому апендициті.

3. Відображений біль спостерігають при сильному ураженні якогось органа, і він розповсюджується по нервових шляхах на зразок "короткого замикання". Сильний біль у животі іноді буває симптомом запалення мозку або мозкових оболонок.

Крім того, біль у животі розділяють на гострий та хронічний.

Основні причини гострого болю в животі

- Гострі хірургічні захворювання: апендицит, холецистит, панкреатит, перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки.
- Захворювання органів грудної клітки: правостороннє запалення легень, інфаркт міокарда.
- Захворювання нирок — ниркова колька та інші.
- Гостре запалення шлунка та кишок (гастроентерит).
- Цукровий діабет.
- Кишкова непрохідність.
- Захворювання жіночих статевих органів.
- Інфекційні захворювання — харчова токсикоінфекція тощо.

Особливу увагу слід звертати на такий біль, що почався нещодавно і досить швидко (впродовж годин) посилюється, переходячи в нестерпний та локалізований. Майже завжди такий характер болю свідчить про необхідність невідкладної допомоги хірурга або лікаря-інфекціоніста.

Помірний біль у животі та блювання, що не має виразної причини, іноді свідчить про початок гострого запалення апендикса — **гострого апендициту**. Але вже за кілька годин біль переміщується на правий бік і низ живота, стає локалізованим, різко посилюючися при надавлюванні на вражене місце. В таких випадках слід терміново забезпечити консультацію хворого хірургом. Не можна використовувати ніяких засобів для полегшення болю до того, як лікар поставить правильний діагноз. Інакше клінічна картина зміниться, і хоча хворий і відчує полегшення від знеболюючих засобів, його хвороба не зупиниться і може закінчитися смертю.

Іноді гострий біль у животі та попереку виникає при **ниркових кольках**, коли камінь або інший подразник надто розтягує нирку. Такий біль виникає у хворих, які вже раніше страждали на нирковокам'яне захворювання, а отже, можуть назвати істинну причину свого болю.

Особливої уваги заслуговують також болі в животі, що супроводжуються іншими симптомами — проносом, запором, блювотою з домішками крові, різким падінням артеріального тиску, втратою свідомості, кровотечею з піхви у жінок. Всі подібні стани свідчать про необхідність термінової консультації лікаря.

В разі блювоти, в якій виразно спостерігається кров, або появи чорного калу слід вжити кількох простих заходів, що іноді можуть врятувати хворому життя:

- необхідно вкласти хворого та заборонити йому вставати;
- дати випити йому дуже холодної води, якщо це можливо, з розчиненим у ній препаратом беладони;
- заборонити вживати будь-яку їжу, окрім не надто солодкого киселю;
- терміново викликати лікаря.

Діагноз **кишкової непрохідності** досить легко встановити, оскільки хворий може повідомити, що вже давно (кілька діб) не спроможний випорожнитися. В такому випадку також необхідно терміново забезпечити консультацію хірурга.

ЖОВТЯНИЦЯ

Жовтяниця — це синдром, що розвивається внаслідок накопичення в крові збиткової кількості білірубіну — одного з продуктів обміну гемоглобіну. Визначальний симптом жовтяниці — жовте забарвлення шкіри та інших тканин тіла. Жовтяниця може бути раннім, а іноді і єдиним симптомом різних внутрішніх захворювань.

Основні причини, що призводять до утворення жовтяниці, можна умовно розділити на три групи.

- Жовтяниця, що пов'язана із збитковим розпадом червоних кров'яних тілець — еритроцитів. Ця група захворювань включає або спадкові хвороби, або хвороби, пов'язані з отруєнням токсинами зовнішнього чи внутрішнього походження.
 - Жовтяниця, що пов'язана із порушенням роботи печінки. До цієї групи захворювань відносяться деякі спадкові хвороби, вірусні гепатити (хвороба Боткіна), бактеріальні гепатити, цироз печінки (наприклад, алкогольного походження), рак печінки.
 - Хвороби, що призводять до порушення нормального виділення жовчі — жовчнокам'яна хвороба, рак підшлункової залози, хронічний панкреатит, пухлина жовчних протоків та інші.

Жовтяниця досить рідко є станом, що безпосередньо загрожує життю людини, тому у хворого є достатньо часу, щоб звернутися по допомогу. Слід пам'ятати, що самостійне лікування жовтяниці дуже небезпечне, оскільки завжди йдеться про порушення двох життєво важливих функцій — утворення червоної крові та роботу печінки. Відсутність належного лікування становить серйозну небезпеку.

Помітивши перші ознаки жовтяниці, особливо якщо вона супроводжується симптомами загального отруєння організму та лихоманкою, слід негайно звернутися до лікаря та, якщо є можливість, ізолювати хворого від контактів з іншими.

Запор

Уповільнення проходження вмісту товстої кишки, що проявляється досить рідкими та нерегулярними актами дефекації, при цьому об'єм дефекації зменшується, а кал стає більш твердим та виділяється тільки після значних зусиль, називають запором.

З'ясовано, що 95% здорових людей випорожнюються не менше одного разу на добу. Поширеність запорів у сучасному суспільстві пояснюють трьома головними причинами: безшлакова дієта (діяльність товстої кишки стимулюється, якщо їжа містить велику кількість шлаків, як, наприклад, рослинна дієта), низька фізична активність та придушення рефлексу на дефекацію.

Хронічні запори потребують лікування, оскільки калові маси, що накопичуються в товстій кишці, викликають появу на її стінках виразок, що веде за собою небезпеку кровотечі. Окрім цього, погіршується загальний стан хворих, їх турбують болі в хребті, загальна слабкість, головний біль, нудота та зниження апетиту. Часто спостерігають ознаки недостатності вітамінів, усмоктування яких відбувається саме в товстій кишці.

Найбільше занепокоєння викликають запори, що виникли нещодавно або різко загострилися. Це може свідчити про перекриття просвіту кишки або внаслідок її завороту, або в зв'язку з ростом пухлини. В таких випадках необхідно терміново провести обстеження хворого з використанням рентгенографії.

Хворих на запори рекомендовано обстежувати в плановому порядку не рідше одного разу на рік.

Зважаючи на причини виникнення запорів, рекомендується починати лікування з уживання рослинної їжі, підвищення рівня фізичної активності та побудови такого режиму дня, який не призводить би до придушення рефлексу на дефекацію. Якщо ці заходи не допомагають, необхідно звернутися до лікаря за порадою (див. також "Біль у животі").

Короткочасна втрата свідомості

Ясна свідомість є функцією кори великих півкуль мозку, нормальна діяльність яких порушується при багатьох захворюваннях та травмах. Найчастіше запаморочення свідомості спостерігають при хворобах серцево-судинної та нервової систем.

Основні причини короткочасної втрати свідомості

- Серцево-судинні захворювання:
 - різке падіння артеріального тиску внаслідок: різкої зміни положення тіла, стресу, отруєння деякими речовинами (наприклад, клофеліном);
 - різке зменшення об'єму крові, що циркулює: варикозне розширення вен, уживання сечогінних препаратів, випорожнення сечового міхура;
 - зупинка серця;
 - аритмія — порушення ритму серцевих скорочень.
- Захворювання нервової системи:
 - епілепсія: великий епілептичний напад, малий епілептичний напад;
 - струс мозку;
 - істерія.
- Порушення обміну речовин:
 - недостатність надходження кисню;
 - надмірне дихання;
 - знижена концентрація глюкози у крові;
 - абстинентний синдром, або синдром відміни психоактивних речовин (зокрема алкоголю).

Якщо хворий втрачає свідомість, необхідно перш за все звернути увагу на стан його серцевої діяльності. Якщо упродовж 10—15 секунд не вдалося почути або відчути жодного удару серця, слід негайно починати масаж серця та інші заходи (див. *"Надання невідкладної допомоги"*). Якщо ж серцева діяльність хворого не викликає занепокоєння, слід виміряти артеріальний тиск та перенести хворого на ліжко (окрім випадків епілептичного нападу, який можна розпізнати по наявності судом).

Необхідно з'ясувати, які обставини призвели до втрати свідомості. Чи не вживав хворий надмірної кількості якихось ліків та чи були ці ліки виписані лікарем; чи не скаржився хворий на біль в грудях або в животі, чи не блював він до втрати свідомості, чи не було в блювотинні крові.

При **епілептичному нападі** не слід намагатися повернути хворого до свідомості. Якщо це можливо, слід забезпечити таке положення щелепи хворого, щоб він не відкусив собі язика. Після закінчення судом необхідно перенести хворого на ліжко та дати йому час виспатися. Типовий епілептичний напад триває три — сім хвилин. Якщо напад не закінчується за цей час або якщо після одного нападу зразу ж починається інший, слід терміново викликати лікаря чи швидко до допомогу, пояснивши, що відбувається.

Лихоманка

Температура тіла становить одну з постійних величин людського організму. Лихоманка — підвищення температури тіла під впливом хвороби — може бути короткочасною або довготривалою. Лихоманка виникає або од-

ночасно з іншими ознаками хвороби (як при запаленні легенів), або долучається до них (як при інфаркті міокарда), або розвивається раніше за всі інші симптоми. Ми не будемо зупинятися докладно на тих видах лихоманки, які мають очевидні причини у вигляді банальної простуди чи кишкової інфекції, або тих захворювань, про які йдеться в інших розділах. Набагато небезпечнішою ознакою є лихоманка, що триває кілька тижнів і не має очевидної причини. Вона є однією з найбільш надійних ознак органічного захворювання. Досить важко відрізнити хронічну лихоманку від так званої конституційної гіпертермії, яка характерна для деяких людей, особливо для молодих жінок з ознаками астеничного синдрому. Вона посилюється при фізичних та інтелектуальних навантаженнях.

Основні причини довготривалої лихоманки

Штучна лихоманка (наприклад, симуляція).

Конституційна гіпертермія.

Загальна інфекція:

- сепсис ("зараження крові");
- туберкульоз;
- бруцельоз;
- малярія.

Місцева інфекція:

- абсцеси різної локалізації;
- пієлонефрит;
- паранефрит;
- запалення бронхів з нагноєнням.

Дифузні захворювання з'єднувальної тканини.

Пухлини:

- пухлини нирок;
- пухлини печінки;
- лімфосаркома;

Інші хвороби:

- захворювання крові та органів кровотворення;
- запалення вен;
- хронічний гепатит та цироз;
- тиреотоксикоз.

При всіх вищеназваних хворобах лихоманка може бути єдиним проявом захворювання. Тому у випадках хронічної лихоманки необхідно провести найретельніше обстеження, спрямоване на визначення причини підвищення температури. *Ні в якому випадку не слід удаватися до довготривалого вживання ліків, що знижують температуру тіла. Це невилікує хвороби, а призведе до втрати необхідного для справжнього лікування часу.*

Набряки

Рідина складає приблизно 70% відсотків маси людського тіла. Більше двох третин її знаходиться всередині клітин і близько 30% — у міжклітинному просторі. При цьому відбувається обмін різними речовинами: вітамінами, амінокислотами, глюкозою, білками тощо. Об'єм та хімічний склад різних рідин організму відносять до найбільш постійних параметрів його життєдіяльності.

Рідину, що перебуває поза клітинами, розділяють на плазму крові, яка знаходиться в судинах, та рідину, що власне перебуває в міжклітинному просторі. Якщо кількість цієї останньої фракції збільшується, розвиваються набряки.

Розрізняють загальні набряки та набряки місцеві. Загальні набряки утворюються в різних частинах тіла, розподіляючись згідно з законами тяжіння. Якщо хворий більшу частину часу знаходиться в сидячому положенні, загальні набряки утворюються на ногах, якщо хворий лежить — рідина накопичується на обличчі та руках. Місцеві набряки виникають у місці ураження тканин тіла.

Накопичення рідини в організмі пояснюють зменшенням її виділення нирками. Але, оскільки на діяльність нирок впливають майже всі системи організму, визначити причину набряків досить важко.

Причини місцевих набряків

- Певні види професійної діяльності — ліфтери, робітники, які вимушені довгий час стояти під час робочого дня.
- Лімфатичні набряки — порушення циркуляції лімфи, наприклад, в одній кінцівці (трапляються також при деяких паразитарних захворюваннях). Також лімфатичний набряк руки спостерігають у жінок, що перенесли операцію з причини раку молочної залози.
- Численні місцеві (а також і загальні) набряки спостерігають також під час вагітності.

Причини загальних набряків

- Нефротичний синдром — патологічний стан, який розвивається при враженні нирок (з різних причин) та проявляється набряками, підвищеним вмістом білків у сечі. Такі хворі скаржаться на швидку втомлюваність та сонливість. На початку захворювання набряки можна спостерігати під очима, на статевих органах, на попереку, передній стінці живота.

Причиною нефротичного синдрому може бути запалення нирок, захворювання з'єднувальної тканини, системні запалення судин, інфекційні хвороби, діабет тощо.

- Набряки внаслідок втрати організмом білків. Організм може втрачати білки у зв'язку з недостатнім надходженням речовин, необхідних для утворення нових білків, або тому, що білки надто швидко виводяться з організму.

Ще однією причиною недостатнього вмісту білків у крові є злякисні пухлини, що для свого росту споживають значну кількість білків.

- Серцево-судинна недостатність. У зв'язку з неспроможністю кровоносної системи забезпечити достатній рівень роботи нирок збиткова рідина накопичується в міжклітинному просторі.

Виразні та стійкі набряки потребують уваги лікаря та ретельного обстеження нирок, серця та внутрішніх органів. Самостійне лікування набряків шляхом вживання сечогінних ліків може призвести до небезпечних наслідків, пов'язаних із втратою організмом необхідних мікроелементів, зокрема калію.

Поліурія та полідипсія

Здорова людина виділяє півтора-два літри сечі на добу, іноді може досягати двох з половиною. Про "поліурію" (тобто "багато сечі") говорять, коли на добу виділяється більше. Окрім підвищення кількості сечі, збільшується також частота сечовипускання.

При виразних розладах кількість сечі, що виділяє людина на добу, може досягати п'яти літрів і навіть більше.

Однією з основних причин поліурії (та полідипсії, тобто постійної спраги та вживання великої кількості рідини) є цукровий діабет — захворювання, викликане недостатністю синтезу гормону підшлункової залози — інсуліну.

Цукровий діабет може починатися гостро або непомітно. Гострий початок більше характерний для дітей. Причому саме поліурія привертає увагу батьків. Дитина, яка навчилася прокидатися вночі, щоб випорожнити сечовий міхур, знову мочиться в постіль. Іноді хвороба починається з втрати свідомості, після чого стривожені батьки починають уважно стежити за дитиною та помічають у неї поліурію та полідипсію.

Як і у дорослих, поліурія може бути першою ознакою діабету. Одночасно хворий звертає увагу на сухість у роті та підвищену спрагу. Швидко розвиваються інші ознаки цукрового діабету — підвищений апетит, свербіння шкіри, підвищена слабкість. Більшість хворих, котрі не отримують належного лікування, швидко втрачають вагу тіла. Діагноз у важких випадках встановлюється легко, його обов'язково підтверджують лабораторними аналізами крові та сечі.

Одним із ускладнень цукрового діабету є гіпоглікемія (зниження вмісту глюкози в крові), що може виникнути при перевищенні дози інсуліну, який постійно приймають хворі. Іншим ускладненням є гіперглікемія (підвищення вмісту глюкози у крові, що настає внаслідок порушення режиму прийому інсуліну або порушення хворим дієти). Ось типові симптоми гіпоглікемії та гіперглікемії, які іноді можуть призводити до втрати свідомості:

Розлад	Дихання	Шкіра	Температура	Примітки
Гіперглікемія	Велике, важке	Рожева, суха	Знижена або нормальна	"М'якість" очних яблук. Зниження тонусу м'язів
Гіпоглікемія	Без змін	Бліда, волога	Нормальна	Підвищена напруженість м'язів. Швидка реакція на введення глюкози

Для лікування гіпоглікемії необхідно дати хворому з'їсти щось солодке або швидко засвоюване, ввести інсулін, дозу якого розраховують за спеціальною методикою.

Інші причини поліурії

- Нецукровий діабет.
- Підвищена активність паратиреоїдних залоз.
- Мієлома.
- Тиретоксикоз.
- Пієлонефрит.
- Полікістоз нирок.

Мимовільна полідипсія.

Всі згадані розлади потребують кваліфікованого лікарського нагляду.

Пронос (діарея)

Пронос (діарея) — клінічний стан, при якому кал стає рідкішим, ніж звичайно. Скарги хворого на біль, рідкий кал та часте випорожнення можна пояснити ураженням або тонкої, або товстої кишки.

Основні захворювання, що є причиною діареї

Пухлини шлунково-кишкового тракту — рак товстої кишки.

Виразковий коліт.

Інфекційні хвороби — дизентерія, туберкульозне ураження тощо.

Неспроможність уживати та перетравлювати окремі речовини.

Неврози.

Отруєння.

Якщо у хворого розпочався пронос, слід з'ясувати, яку їжу він уживав напередодні, чи не виникло в нього підозри щодо її низької якості (отруєння або

інфекційне захворювання), чи помітив хворий в калі свіжу кров (виразка або пухлина товстої кишки), чи не є кал чорного кольору (кровотеча в тонкій кишці), чи не відчуває він болючих спазмів при випорожненні (дизентерія).

У будь-якому випадку, якщо пронос продовжується більше 12-ти годин або стан хворого помітно погіршується через підвищення температури, втрату свідомості та інші симптоми загального погіршення діяльності органів та систем, необхідно терміново звернутися до лікаря.

Найважливішим завданням соціального працівника в такому випадку є підтримання достатньої кількості рідини та солей, що є вкрай необхідними для нормальної діяльності організму. Слід забезпечити хворому можливість споживати мінеральну воду (без вуглекислого газу) або спеціальні сольові розчини, готуючи їх з порошків за вказаними на упаковці пропорціями.

психічні розлади

Психіка є вищою формою нервової діяльності людини і забезпечує тонкі процеси пристосування організму до навколишнього середовища, зокрема соціального. Завдяки психічним процесам людина здатна до суспільно корисної праці, яка в наш час становить основне джерело існування індивіда та суспільства в цілому. Психічні процеси мають дуже складну організацію. Навіть сьогодні ми ще мало знаємо про механізми роботи психіки.

А втім, накопичено чимало даних про психічні розлади — окрему групу хвороб, що насамперед уражають психіку та порушують адаптацію людини до суспільства та до найближчого оточення.

Психічні хвороби нерідко проявляють себе виразними порушеннями таких форм психічної діяльності, як сприйняття (у хворого з'являються галюцинації — сприйняття неіснуючих об'єктів), мислення (розвиваються маячні ідеї). Найважчими психічними розладами, що вражають молодих людей, є шизофренічні психози. Насамперед порушується поведінка хворого, який починає діяти так, ніби його оточує уявний світ.

Не варто сперечатися з хворим щодо суті його уявлень. Слід пам'ятати, що ідеї, які він проголошує, є хворобливими і не піддаються корекції під час розмови. До прибуття лікаря-психіатра необхідно створити такі умови, щоб хворий, який знаходиться в стані збудження, не мав змоги заподіяти шкоду собі або людям, котрі його оточують. При вкрай хаотичній та агресивній поведінці хворого зв'язують.

Зауважимо, що інколи психічні хвороби, які іноді називають неврозами, немовби імітують інші соматичні захворювання. Наприклад, уже згадувалося, що в клінічній картині неврозів досить часто спостерігають біль у ділянці серця, який схожий за своїми ознаками на біль при інфаркті міокарда. Для встановлення правильного діагнозу необхідно провести комплекс діагностичних заходів.

Ядуха

Виділяють ядуху (задишку), що виникає головним чином під час або зразу після фізичного навантаження, а також ядуху, що розвивається без зв'язку із фізичним навантаженням. Остання, як правило, свідчить про захворювання серцево-судинної системи, зокрема про недостатність кровообігу, що викликається різними причинами.

Ядуха, що не залежить від фізичного навантаження, свідчить про ураження системи дихання (бронхіальна астма, запалення легенів, бронхіт, пухлини легенів та бронхів), захворювання нирок (запалення нирок, що супроводжується набряком легенів). Також раптова ядуха може свідчити про гостру недостатність кровообігу, яка розвивається при інфаркті міокарда та дефектах серцевих клапанів.

Надання невідкладної медичної допомоги

При догляді за хворими і навіть у повсякденному житті соціальний працівник може зіткнутися з ситуацією, коли необхідно буде надати першу медичну допомогу до приїзду лікаря.

Перша допомога при раптовій зупинці серця

При раптовій зупинці серця, до чого у літніх людей призводять гострі та хронічні розлади кровообігу, інфаркти, стенокардія, ішемічна хвороба, нещасні випадки, допомогу слід починати з відновлення прохідності дихальних шляхів: потерпілого чи хворого кладуть на спину. Одну руку підкладають під шию, а іншою, покладеною на лоб, закидають голову, потім відкривають рот потерпілому і вказівним пальцем (обгорнувши його бинтом або шматочком чистої тканини) очищають ротову порожнину від крові, блювотних мас, слизу, піску, сторонніх предметів. Після очищення верхніх дихальних шляхів беруться до штучного дихання, застосовуючи один із двох методів штучного дихання: з рота в рот чи з рота в ніс.

При наданні допомоги краще знаходитися збоку від потерпілого. Одну руку підкладають під шию, а другою (великим і вказівним пальцями) затискають ніс, щоб не було витоку повітря. Краєм долоні закидають голову назад, при цьому рот потерпілого, як правило, відкривається. Потім особі, що надає допомогу, треба глибоко вдихнути, затримати дихання, щільно обхопити рот потерпілого губами і зробити повний видих (приблизно упродовж однієї секунди).

Під час пасивного видиху потерпілого, який триває близько секунди, особа, що надає допомогу, випрямляється і робить глибокий вдих. Голова по-

терплого повинна знаходитися в одному й тому ж положенні, рот і ніс відкриті.

При вдиханні грудна клітина потерплого піднімається, при видиханні — опускається.

При зупинці серця потерплого роблять непрямий (закритий) масаж серця. Він полягає в ритмічних стисканнях серця між двома твердими поверхнями: хребтом і грудиною. При цьому кров з серця виштовхується в аорту, а при відпусканні руки венозна кров заповнює передсердя. Однією долонею тиснуть на нижню третину грудини, а основою другої для збільшення тиску на грудину натискають на зовнішню сторону першої руки поперек грудини. Руками, випрямленими в ліктьових суглобах, енергійними поштовхами тиснемо на грудину в напрямі хребта. При цьому грудина прогинається на чотири-п'ять сантиметрів. Сила натискання повинна дорівнювати 50 кг, тому використовують не тільки силу рук, а й вагу верхньої частини тіла. В інтервалах між натисканнями руки швидко розслабляють, але не знімають з грудини потерплого. Кількість натискань — не менше 60-ти на одну хвилину.

Перша допомога при вивихах та переломах

Люди часто страждають від падінь, переломів, вивихів. При падінні виникають забиті місця в м'яких тканинах, вивихи суглобів, переломи кісток (особливо небезпечними є переломи шийки стегна). Після надання першої допомоги потерплого слід звернутися до лікаря чи викликати швидку допомогу.

При наявності забитих місць для зменшення болю та набряку під час надання першої допомоги на забите місце можна покласти грілку з холодною водою, льодом чи снігом. Ураженій кінцівці дати повний спокій.

Якщо на місці удару виникла гематома (крововилив), то для її швидкого розсмоктування на забите місце прикладають сухе тепло (торбинку з нагрітим піском чи сіллю) або його змащують йодом. Можна застосовувати зігрівальні мазі.

При вивихах (зміщенні суглобних поверхонь кісток) ураженим кінцівкам забезпечують повний спокій, наклавши тугу фіксуєчу пов'язку, а далі слід звернутися до лікаря.

При переломах у першу чергу треба надати кінцівці повний спокій і забезпечити її нерухомість. Для цього можна скористатись імпровізованою шиною з підручного матеріалу (фанери, дошки, палиці, лінійки, лижі, парасольки), яку накладають на поламану кінцівку поверх одягу і прив'язують так, щоб зафіксувати обидва суглоби вище і нижче місця перелому.

Дещо складніше надати першу допомогу при переломах хребта. Потерплого кладуть на спину на тверду поверхню і не рухають до приїзду швидкої допомоги.

При ушкодженні живота рекомендовано забезпечити потерпілому спокій і охолодження ураженої ділянки. Якщо при травмі порушена не лише цілісність шкіри, а є й глибокий поріз — ні в якому разі не слід вправляти внутрішні органи, а негайно звернутися до лікаря.

Перша допомога при кровотечі

Навіть незначні ушкодження шкіри та внутрішніх органів у людей, особливо похилого віку, можуть супроводжуватися розривом кровоносних судин та кровотечею. Є кровотечі зовнішні і внутрішні, які виникають при травмах внутрішніх органів чи великих судин, коли кров витікає в грудну чи черевну порожнину.

Зупинити зовнішню кровотечу можна, притиснувши судину пальцем. Ушкоджену судину можна також притиснути за допомогою стискуючої пов'язки чи при максимальному згинанні кінцівки в суглобі (в лікті, коліні тощо).

Ще один спосіб — це накладання кровоспинного джгута. Джгут можна накладати не довше, ніж на дві години вище ушкодженого місця. Після надання першої допомоги негайно викликати лікаря.

Перша допомога при опіках

Опіки є досить розповсюдженим видом побутової та промислової травми. При цьому, залежно від температури діючого агента опіку та від тривалості контакту, можуть виникати опіки різного ступеня тяжкості — від почервоніння та припухлості шкіри до появи пухирів, смертвіння як шкіри, так і підшкірних тканин і до обвуглювання.

Перша допомога при опіках — закрити (не надто щільно) уражену ділянку чистою тканиною, бинтом, серветкою, дати потерпілому знеболююче, напоїти підсоленим чаєм (одна чайна ложка солі на стакан гарячої води, половина чайної ложки соди) чи водою. Викликати швидко допомогу.

Чого категорично не можна робити при опіках, так це змашувати уражену ділянку маззю, маслом, жиром, содою, крохмалем, пудрою, обробляти йодом, проколувати пухир. Все перелічене призводить до додаткового травмування ураженої поверхні.

Перша допомога при обмороженні

Люди з ослабленим здоров'ям, захворюваннями серцево-судинної системи, з недостатньою кількістю вітамінів в організмі, при втратах крові, при алкогольному сп'янінні легко обморожуються.

Обмороження може статися не тільки в морозну погоду, а навіть при невеликому пониженні температури, коли волого та вітряно, а людина довгий час була в мокрому взутті та одязі.

Дія холоду на організм може бути місцевою і викликати обмороження, і загальною, що призведе до замерзання.

При обмороженні потерпілого в першу чергу необхідно зігріти (в теплій воді +18°C, поступово за 30—40 хв. доводячи температуру до 40°C, обморожену кінцівку в воді обережно розтирають доти, доки шкіра не почервоніє і не відновиться її чутливість).

Непритомну людину слід покласти чи хоча б посадити, трохи підняти ноги, звільнити тіло від стискаючого одягу, дати понюхати нашатирного спирту, збризнути холодною водою, розтерти скроні оцтом чи одеколоном.

Якщо при обмороженні на шкірі з'явилися пухирі, а сама вона змінила колір на синюшно-багряний, розтирати уражену кінцівку не можна. Потерпілого слід зігріти, забезпечити йому спокій, на місце обмороження накласти стерильну пов'язку. Викликати швидку допомогу.

Якщо ви маєте справу з людиною, яка замерзає, якомога швидше перенесіть її в тепле приміщення. Водночас починайте зігрівання, штучне дихання та масаж серця, потім дайте випити гарячого чаю, кави, молока.

Перша допомога при отруєнні

При найменшій підозрі на отруєння слід викликати швидку допомогу, а до її прибуття робити штучне дихання чи непрямий масаж серця в залежності від того, які функції у першу чергу постраждали.

При підозрі, що потерпілий прийняв всередину токсичну речовину, треба спробувати якомога швидше вивести її з організму, викликаючи штучне блювання. Для цього необхідно дати потерпілому випити одну-дві склянки води, а тоді ввести в рот два пальці і м'яко надавити на корінь язика.

Не слід викликати штучне блювання, якщо отруєння відбулось агресивними рідинами (лугом або кислотою) або коли потерпілий знепритомнів. Якщо блювання виникає спонтанно, голову потерпілого повертають набік і стежать, щоб блювота не потрапила до дихальних шляхів.

Для зменшення вмісту токсичної речовини в шлунку можна дати потерпілому активоване вугілля, а для зменшення інтенсивності всмоктування отрути слизовою оболонкою шлунка потерпілому дають два-три яєчних білки, розведених на воді чи на молоці.

При отруєнні **препаратами побутової хімії** необхідно дати одну-дві склянки холодної води. Штучне блювання не викликати, дати рослинне чи інше масло, молоко, яєчні білки на воді. Не можна нейтралізувати кислоту лугом і навпаки, це викличе утворення в шлунку вуглекислоти, біль і кровотечу.

При отруєнні **токсинами, що потрапляють до кишково-шлункового тракту** (снодійні ліки, алкоголь), треба дати потерпілому понюхати нашатирний спирт, промити шлунок, викликати блювання. Потім потерпілого зігрівають, дають насичений (міцний) чай чи каву. Якщо отруєння сталося від пиття **етиленгліколю чи метилового спирту**, треба якомога швидше промити шлунок великою кількістю води з содою (одна чайна ложка соди на літр води). Викликати лікаря. Отруєння органічними розчинниками дуже тяжкі, з високим відсотком смертельних випадків. Потерпілі потребують невідкладної спеціалізованої медичної допомоги.

При отруєнні **інсектицидами** (наприклад, дихлофосом) потерпілого до приїзду швидкої допомоги треба вивести на свіже повітря, зняти з нього заражений одяг, обмити водою відкриті ділянки шкіри, а очі, рот та ніс промити 2% розчином соди (одна столова ложка соди на літр води). Викликати штучне блювання. Дати випити чотири-п'ять пігулок активованого вугілля.

При харчових отруєннях (спричинених вживанням зіпсованих харчових продуктів, особливо м'ясних і молочних), треба промити шлунок слабко рожевим розчином перманганату калію або 2% розчином соди і дати випити чотири-п'ять пігулок активованого вугілля. Викликати лікаря. Іноді при вживанні в їжу м'ясних, рибних та плодоовочевих **домашніх консервів** виникає гостре інфекційне захворювання, викликане токсином палички ботулізму. Це отруєння має високий відсоток смертельних випадків. Слід негайно промити шлунок розчином перманганату калію чи содовим розчином, дати активоване вугілля, викликати лікаря.

Отруєння **чадним газом** може статися при порушенні правил користування пічним опаленням чи при його несправності. Потерпілого слід винести чи вивести на свіже повітря. Кращий засіб лікування — якомога довше дихати чистим повітрям. Якщо потерпілий притомний, можна напоїти його чаєм чи кавою. Якщо ні — робити штучне дихання, непрямий масаж серця. Викликати швидко допомогу.

Організація санітарно-гігієнічного режиму

Йдеться про комплекс запобіжних заходів, зокрема лікувально-профілактичних, оздоровчих, гігієнічних, спрямованих на попередження інфекційних захворювань та харчових отруєнь та якнайшвидше усунення таких захворювань, якщо вони вже виникли.

При догляді за тяжкохворими, інвалідами, людьми похилого віку соціальний працівник повинен дотримуватися санітарно-гігієнічних вимог до приміщень, у яких знаходяться хворі.

Слід надати допомогу підопічним у підтриманні гігієни тіла, виконувати

гігієнічні вимоги при закупівлі, зберіганні харчових продуктів, готуванні їжі, годуванні.

Заходи щодо створення гігієнічного оточення навколо хворої людини в лікарні чи вдома:

- приміщення для таких людей мають бути невеликими — на одне-три місця, укомплектовані зручними в користуванні та доступними для вологого прибирання і чищення меблями. Ліжко має бути зручним, помірно твердим, бажано з обладнанням для підйому країв з боку голови та ніг. Крісла для літніх мають бути м'якими, неглибокими. Для важкохворих до обладнання додають пересувні столики для прийому їжі, пересувні рукомийники, туалетні стільці;

- підлогу в приміщенні постійно тримають чистою, сухою, не слизькою, без килимків та доріжок;

- коридори, туалети, ванні кімнати мають бути обладнані поручнями;

- оптимальна температура в приміщенні, де знаходяться люди похилого віку, має бути $+22^{\circ}$ — $+23^{\circ}$ С, а для важкохворих — $+20^{\circ}$ С. При цьому важливе значення має чистота повітря, якої досягають регулярним провітрюванням (три-чотири рази на день) та вологим прибиранням;

- один раз на день миття підлоги в таких приміщеннях проводять із застосуванням дезинфікуючих засобів (1% розчину хлорного вапна).

Дотримання санітарного режиму інвалідами та літніми людьми у домашніх умовах, створення спокійної обстановки, проведення відволікаючих, необтяжливих бесід, раціональний розпорядок дня, режими харчування, відпочинку і сну, фізичних вправ — все це сприяє активному довголіттю.

Заходи щодо допомоги у підтриманні гігієни тіла:

- догляд за шкірою, волоссям, нігтями;

- захист органів дихання від пилу, мікробів та дії токсичних речовин.

Соціальний працівник повинен допомагати підопічному відмовитися від паління, переконати його в корисності фізичних вправ, зокрема на свіжому повітрі, допомагати на прогулянках;

- дотримання правильного режиму харчування;

- створення умов для занять фізкультурою відповідно до вікових та індивідуальних можливостей;

- соціальний працівник повинен допомагати своєму клієнту поголитися, зробити зачіску, вибрати зручне взуття чи одяг.

При цьому потрібно доброзичливо, делікатно поводитися з підопічними. Якщо у підопічного інфекційна хвороба, соціальний працівник зобов'язаний дотримуватися заходів особистої профілактики.

Основні правила догляду за лежачими хворими:

- змінювати положення хворого в ліжку кожні три-чотири години, перевертаючи його з боку на спину і навпаки;

- саджати на подушки, використовувати підголівник;
- якомога раніше пересаджувати хворого з ліжка в крісло чи в інвалідну коляску;
- допомагати в спробі стати на ноги, спираючися на ходунок;
- систематично доглядати за станом шкіри.

Шкіра людини виконує захисні функції, бере участь у терморегуляції, обміні речовин.

Тому тяжкохворих щоденно слід обмивати теплою водою і насухо витирати, щоденно мити ноги (тазик ставиться в ліжку), просушувати їх рушником, при необхідності підстригати нігті.

При недбалому догляді за шкірою в місцях з невеликим вмістом підшкірної жирової тканини з'являються **пролежні** — порушення цілісності шкіри. Характерні місця виникнення пролежнів: крижі, лопатки, головка стегнової кістки, лікті, п'ятки. Ознаки пролежнів: блідість шкіри, почервоніння, набряк, відшарування верхніх ділянок шкіри, поява пухирів, омертвіння шкіри.

Слід застосовувати такі **методи профілактики пролежнів**:

- перевертати хворого на бік слід шість-сім разів на день;
- простирадло по декілька разів на день слід витрушувати і натягувати, щоб не було зморщок;
- натільну білизну вдягають навиворіт (швами назовні), вона повинна бути сухою і цілою;
- шкіру щоденно слід змащувати рослинним жиром, щоб запобігти контакту шкіри з вологим повітрям;
- у харчовому раціоні такого хворого слід збільшити кількість білкової їжі та вітамінів, давати випивати до двох-трьох літрів води на день.

На стадії почервоніння шкіри і болю уражену ділянку слід часто мити, насухо витирати, розтирати олією від центру до периферії. Хворий не повинен лежати на тому місці, де з'явилося почервоніння.

При **саднах, подряпинах** ранки промивають водою з милом, шампунем, розтирають губкою. Висушують, змащують йодом або зеленкою, накривають серветкою з обліпиховою олією. При збільшенні ранки, появі характерних виділень, гнильного запаху її промивають під сильним напором води, аж до відшарування змертвілих тканин. Потім просушують стерильною серветкою, накладають пов'язку з антибіотиком, призначеним лікарем.

Догляд за волоссям лежачого хворого

Волосся рекомендують мити раз на п'ять — сім днів милом або шампунем, але при необхідності (наприклад, жирне волосся) потрібно мити частіше. Якщо людина довгий час прикута до ліжка, то волосся миють у ліжку. Після миття волосся витирають, розчісують, а потім для запобігання переохолодження голову закутують рушником.

Догляд за очима

Особливої уваги слід приділяти догляду за очима. У випадку, коли очі "закисають" — їх промивають. Промивання очей роблять стерильним марлевым тампоном, змоченим у теплом розчині 3% борної кислоти, міцної чайної заварки.

При потребі очі закапують чи втирають мазі. Закапують очі спеціальною піпеткою, а мазь вносять спеціальною скляною паличкою, яку попередньо кип'ятять.

Перед виконанням цих процедур слід ретельно вимити руки з милом. Техніка **закапування крапель** така: лівою рукою злегка відтягують нижнє віко, хворого просять глянути в протилежний бік і впускають одну краплю ближче до носа, потім, трохи зачекавши, впускають другу краплю і просять хворого заплющити очі.

Мазі накладають так: віко хворого відтягують вниз, закладають мазь і м'якими рухами пальців розтирають її по слизовій оболонці.

Догляд за вухами та носом

Хворі, що постійно перебувають у ліжку, потребують періодичного чищення вух від сірки, щоб запобігти погіршенню слуху. При утворенні сіркових пробок їх позбуваються, використовуючи 3% розчин перекису водню. Для **закапування вух** голову хворого нахиляють у здорову сторону. Мочку вуха хворого трохи відтягують, а другою рукою закапують, відраховуючи краплі. Після цього у вухо закладають невеликий тампон на кілька хвилин.

У важкохворих на слизовій оболонці носа накопичується велика кількість слизу та пилу, що заважає диханню та погіршує загальний стан. Слиз легко видалити, промивши порожнину носа теплою водою. Можна також прочистити марлевою серветкою, згорнувши її в трубочку (турунду) та попередньо змочивши вазеліном, і коловими рухами видалити кірку з носа.

Зміна постільної і натільної білизни

Зміна постільної білизни тяжкохворих пов'язана з певними труднощами. Хворого слід пересунути на край ліжка. Брудне простирadlo скочують по довжині у вигляді бинта, а на його місце розстилають чисте простирadlo, на яке пересувають хворого. При зміні натільної білизни руки підводять під крижі, беруть краї сорочки, обережно згортаючи, її піднімають. Потім піднімають обидві руки хворого. Згорнену біля шії сорочку стягують через голову, а потім вивільняють руки. Якщо у хворого уражена рука, то вивільняють спочатку здорову руку, а потім хвору. А вдягають навпаки.

Користування підкладним судном

Одною рукою піднімають крижі хворого, а іншою обережно підводять судно під сідниці. Після випорожнення судно обережно виймають з-під хворого, накривають і виносять у туалет. Судно добре промивають гарячою во-

дою з порошком, після чого дезінфікують 2% розчином хлораміну або 0,5% освітленого хлорного вапна.

Контрольні запитання

1. *Які основні розлади серцево-судинної системи ви знаєте?*
2. *Учому полягає особливість перебігу цукрового діабету?*
3. *Дайте коротку характеристику хвороб, які викликають біль у грудях.*
4. *Які психічні хвороби ви знаєте?*
5. *Як проводити штучне дихання?*
6. *Учому полягає особливість надання першої допомоги при опіках? Чи можна застосовувати жир?*
7. *Як можна підтримувати гігієну тіла хворих?*
8. *Якими є основні правила догляду за лежачими хворими?*

Рекомендована література

1. Амбулаторний прийом терапевта. — Нейко Е.М., Дибенко М.В., Лажо А.С. та ін. — К.: Здоров'я. — 1989.
2. Атлас нормальной анатомии человека. — В.Я. Липченко, Р.П. Самусев.— М.: Медицина, 1986.
3. Внутренние болезни: Руководство к практическим занятиям. — М.: Медицина, 1989.
4. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. — А.В. Виноградов. — М.: Медицина, 1992.

Глава 12

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УКРАЇНІ

Ключові напрями становлення соціальної роботи як професії

Соціальна робота і соціальна політика перебувають в Україні на етапі становлення, як і вся структура соціальних служб, і зазнають суттєвої трансформації. Ці зміни мають бути системними, комплексними, але на сьогодні вони не завжди узгоджені між собою.

Для того, щоб говорити про перспективи саме соціальної роботи, а не соціальної політики й не державної системи соціального захисту, виділимо декілька аспектів, на яких нижче ми зупинимося детальніше:

- розвиток соціальних служб і програм, взаємодії між державними та недержавними організаціями;
- надання клієнтам права на вибір форми соціального обслуговування й зміни ставлення соціальних працівників до клієнта — з патерналістичного (опікунського) до партнерського;
- становлення авторитетної професійної асоціації соціальних працівників, яка б представляла інтереси широкого загалу фахівців із соціальної роботи, а не співробітників певної відомчої мережі соціальних служб; розвиток професійних цінностей та етичного кодексу соціальних працівників;
- розвиток професійного навчання соціальної роботи, створення освітніх програм різного рівня, становлення системи перекваліфікації та підвищення кваліфікації соціальних працівників; затвердження державних стандартів підготовки соціальних працівників, у розробці яких брали б участь представники професійної асоціації та науковці; внесення до переліку професій відповідних посад для фахівців із соціальної роботи;
- розвиток нормативно-правового поля діяльності соціального працівника за різних умов, наприклад, при виявленні факту знушання над

дитиною або людиною похилого віку, термінового втручання в кризовій сімейній ситуації тощо, а також розвиток законодавства, яке б створювало передумови для розв'язання гострих соціальних проблем;

- розвиток методичного забезпечення соціальної роботи: розробка методик і технологій роботи з різними соціально вразливими групами клієнтів, поширення кращого вітчизняного досвіду, вивчення іноземного досвіду, використання результатів досліджень для формування нових і корекції вже існуючих підходів у соціальній роботі;

- досягнення усталеності в українській мові фахової термінології з соціальної роботи, розвиток теоретичних напрацювань українських учених, що відбивали б динаміку становлення нового фаху в Україні.

* * *

Звичайно, розвиток такої роботи тісно пов'язаний із розв'язанням проблем економічного та соціального характеру, без нормалізації яких навряд чи можливо буде поліпшити "соціальне самопочуття" суспільства силами лише соціальних працівників.

Найактуальнішими, першочерговими для українського суспільства проблемами є: забезпечення продуктивної зайнятості і підвищення життєвого рівня більшої частини населення, скорочення масштабів бідності, ліквідація заборгованості з заробітної плати та грошової допомоги, формування ефективної сімейної і молодіжної політики, профілактика злочинності.

Держава повинна посилити увагу до соціальної сфери, мобілізувати для неї необхідні ресурси, стимулювати виробництво, створювати умови для реалізації сутнісних сил і самоутвердження особистості, що є змістом соціальної роботи.

РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ, ПРОГРАМ

Оскільки професія соціального працівника має дві цілі: *перша* — допомогти окремим особам, сім'ям, групам населення ефективніше розв'язати їхні конкретні проблеми; *друга* — сприяти конструктивному залученню суспільства до турботи про своїх членів, то розвиток соціальної роботи вбачаємо у слідуванні саме цим двом ключовим ідеям.

Отже, випереджаючого розвитку й підтримки держави потребує створення нових соціальних служб та розширення існуючої мережі з тим, щоб мати можливість задовольнити різноманітні індивідуальні потреби. Звичайно, такий розвиток передбачає належне фінансування і соціальних програм.

Доцільним було б і надання послуг на госпрозрахунковій основі тим клієнтам, які хотіли б отримувати такі послуги й можуть за ці послуги платити.

Особливо важливим видається розвиток соціальної роботи в медичних та медико-соціальних закладах Міністерства охорони здоров'я (як переконує

світовий досвід, це — потенційно найбільший замовник на соціальних працівників [1]). Адже, приміром, надзвичайно важливі немедичні підходи, необхідність забезпечення інвалідів роботою і взагалі бажаним є розвиток неінституційних (нестационарних) методів допомоги людям з обмеженими можливостями. Доцільними могли б бути спільні тренінги (навчальні семінари) медичних і соціальних працівників для вироблення стратегій, які б дозволяли використати кращі можливості медичної і соціальної моделей для підвищення ефективності допомоги.

Перспективною може бути й розукрупнення стаціонарних закладів соціальної та медичної сфер, наближення їх до споживачів послуг. Такий процес відбувався в більшості розвинутих країн, і там тепер соціальні послуги надають у невеликих центрах, будинках, службах, притулках абощо. Подібну еволюцію відповідних служб і змісту соціальної роботи спостерігаємо і в колишніх соціалістичних країнах. Наприклад, у Словенії закрито всі школи-інтернати й натомість створено групові будинки, де мешкають не більше 10 дітей, які відвідують звичайну сільську школу, беруть участь у житті сільської громади. В такому будинку немає вчителів, а є лише соціальні працівники або соціальні педагоги. Такі експерименти, передовсім щодо дитячих закладів, проводять в Україні, але ця ідея ще не набула розголосу, бо на її реалізацію потрібні додаткові фінансові витрати, що є доволі проблематичним за нинішніх умов. Хоча створення замість інтернатів для людей похилого віку чи для людей, котрі мають проблеми з психічним здоров'ям, де мешкають 500—900 людей, мережі невеликих установ (на 10—20 чоловік), гуртожитків, хоспісів тощо виглядає привабливо...

Що стосується залучення громадськості, то перспективними здаються два напрями:

- проведення благодійних акцій (типу акції "Милосердя" зі збору грошової та натуральної допомоги для малозабезпечених пенсіонерів, інвалідів, багатодітних сімей або профілактичних акцій щодо запобігання анти-соціальної поведінці);
- подальший розвиток волонтерського сектора, який бере на себе частину функцій, що їх виконували раніше державні служби (вже зараз в Україні працює велика кількість недержавних організацій, діяльність яких ґрунтується на цінностях соціальної роботи [2]).

Аби політика плюралізації надання соціальних послуг різними соціальними службами (державними, муніципальними, громадськими, благодійними, приватними) стала реальністю, потрібна нормативно-законодавча база.

На часі й створення системи дієвої координації між усіма зацікавленими організаціями різного відомчого підпорядкування, а також запровадження механізму так званого "соціального замовлення" (надання соціальних послуг недержавними організаціями тим клієнтам, яких направляють державні служби з відповідним відшкодуванням фінансових витрат).

РОЗВИТОК КОНТРАКТНИХ СТОСУНКІВ

Соціальний працівник має справу з людьми, які мають певні психологічні, соціальні та практичні проблеми і зазвичай перебувають у важкому становищі. Як правило, людям потрібно не тільки надання поради або матеріальної допомоги, а й співчуття. Робота соціального працівника — важка й відповідальна, адже немає готових рецептів, як поводитися в тій чи тій ситуації, як спілкуватися з конкретним клієнтом.

Нині світова практика відмовляється від того, щоб соціальні працівники виконували функції контролю (за соціально негативними явищами, наприклад, знущанням над дітьми, жінками, людьми похилого віку або поширенням наркоманії серед молоді) та функції опікунства над клієнтами, поширеним тепер став "контрактний підхід". Це означає рівноправність між професіоналом і клієнтом у розв'язанні моральних проблем, а також те, що професіонал повинен давати клієнтові всю необхідну для прийняття рішення інформацію (принцип "поінформованої згоди").

З огляду на те, що в Україні розвивається низка соціальних служб для різних груп клієнтів (безробітних, інвалідів, як дорослих, так і дітей, молоді, що має певні проблеми — наркотичну чи алкогольну залежність, колишніх військових, людей із територій, що зазнали екологічної катастрофи, тощо), перспективним видається застосування саме контрактної моделі, яка передбачає індивідуалізацію послуг, подолання споживацького підходу до отримання соціальних послуг, розвиток самостійної активності клієнта, збільшення його влади та можливостей у вирішенні власних проблем.

Розвиток корпоративності та стандартів діяльності соціальних працівників

1999 року в Україні встановлено нове професійне свято — День працівника соціальної сфери (перша неділя листопада), до якої, за офіційними даними, належить "армія" в 140 тисяч чоловік. Однак соціальні працівники почали виокремлюватися із загальної маси фахівців соціальної сфери, усвідомлюючи самі й пояснюючи іншим, що соціальна робота як наукова дисципліна і практична соціальна діяльність має свою специфіку й не схожа на інші професії, хоч і перетинається з багатьма з них [1].

Самоусвідомленню соціальних працівників сприяло, зокрема, створення декількох професійних організацій — Асоціації соціальних педагогів та працівників соціальної сфери, Ліги соціальних працівників, Фонду соціальної роботи. Проте на часі — становлення авторитетної професійної асоціації соціальних працівників, яка б представляла інтереси широкого загалу фахівців із соціальної роботи, а не співробітників певної відомчої мережі соціальних служб. Одним із ключових завдань такої професійної (корпоративної) асоціації повинен стати розвиток професійних цінностей та етично-

го кодексу соціальних працівників України, участь у відпрацюванні стандартів надання соціальних послуг державними й недержавними організаціями.

В усіх розвинутих країнах асоціації соціальних працівників активно захищають своїх членів і дбають про дотримання стандартів соціальної роботи, ухвалюють етичні кодекси, а також програми підготовки соціальних працівників. Варто додати, що Декларація етичних принципів і стандартів була прийнята Міжнародною федерацією соціальних працівників у 1994 році, і ця Декларація є доброю основою для розвитку національних етичних стандартів в Україні.

розвиток професійної освіти з соціальної роботи

В Україні, як і в усіх посткомуністичних країнах, проблемами соціальної роботи займалися й займаються фахівці різних спеціальностей: педагоги, психологи, лікарі, працівники правоохоронних органів, військові тощо. Але світова практика доводить, що для практичного виконання комплексних соціальних програм, особливо за умов ринкового суспільства, слід залучати спеціально підготовлених професіоналів, які мають відповідну освіту.

Нині понад 30 навчальних закладів мають програми за спеціальністю "Соціальна робота" (рівень молодшого спеціаліста, бакалавра, спеціаліста, магістра). При підготовці соціальних працівників наголошують на отриманні знань із соціальної роботи (її історії, теорій, методів, методик впливу й оцінки потреб людей), психології особистості та поведінки людей, правового регулювання соціальних відносин, методів аналізу соціальної політики, методів дослідження у соціальній роботі, а також на організації практики студентів у соціальних службах. Завдяки різним міжнародним організаціям функціонують курси підвищення кваліфікації соціальних працівників базового рівня, викладачів соціальної роботи.

Як усе нове, становлення системи підготовки соціальних працівників проходить у нас із значними труднощами. Немає прив'язаних до українських реалій стандартів освіти, загальноновизнаних методів підготовки, підручників, навчальних посібників та методичних розробок, відсутня система профорієнтація, пропаганда серед молоді значущості соціальної роботи. Надолужити все це — вимога сьогодення. Своє слово повинні сказати *передусім Міністерство освіти і науки, до сфери управління якого поставлено завдання залучити всі заклади освіти, Міністерство праці та соціальної політики України, яке є головним "споживачем", інші міністерства та відомства, провідні вчені.*

Потрібно прискорити затвердження загальнодержавного стандарту з соціальної роботи для всіх ланок професійної освіти, розробити сучасні кваліфікаційні характеристики, посадові вимоги до працівників соціальних служб та інші нормативні документи, що мають юридично закріпити і сти-

мулювати становлення цієї професії в різних галузях суспільного життя країни.

Важливо також перебудувати систему підвищення кваліфікації, яка б дала можливість людям, котрі працюють в соціальних службах, отримати ті знання, що дозволять їм надавати соціальні послуги й виконувати свої обов'язки адекватно новим умовам.

РОЗВИТОК нормативно-правового поля для діяльності соціальних працівників

Протириччя і обмеженість законів, що регулюють соціальний розвиток, відносини між центром і регіонами серйозно ускладнюють розв'язання питань соціального захисту. Йдеться, зокрема, про реформу податково-бюджетної системи, без упровадження якої неможливо внормувати фінансування соціальних програм.

Потребує поглиблення законодавча база стосовно окремих соціальних проблем, наприклад, щодо державної молодіжної політики, вдосконалення механізму її формування та реалізації, розвиток молодіжної інфраструктури.

Перспективним видається функціонування регіональних соціальних програм (як-от київської програми "Турбота") та більш активне регулювання питань соціального захисту на місцевому рівні, зокрема й надання соціальної допомоги, й проведення інформаційно-роз'яснювальної та профілактичної роботи.

Розвиток технології та методик соціальної роботи, наукових досліджень

Необхідно вивчати та широко висвітлювати зарубіжний досвід соціальної роботи, питання її правового, кадрового, організаційного, методичного і матеріально-фінансового забезпечення. Але не можна сліпо переносити досвід зарубіжних країн, необхідна серйозна робота щодо його адаптації до умов України, потрібно вдумливо, творчо підходити до його вивчення і застосування, щоб не повторювати чужих помилок, важливо враховувати і спиратися на вітчизняний досвід, власні сили, менталітет, регіональні особливості.

Успішний досвід використання у нас закордонних моделей соціальної роботи — організація груп самопомоги та "клубного будинку" для осіб із проблемами психічного здоров'я, притулку для біженців, терапевтичних груп для осіб, що зловживають хімічними речовинами, тимчасового догляду за дітьми із інтелектуальною недостатністю, кризового центру та тренінгу асертивності для жінок, котрі зазнали насильства в сім'ї, артотерапія, терапія працею — необхідно досліджувати й популяризувати. Добра ідея щодо про-

ведення Всеукраїнського ярмарку соціальних служб, проектів та послуг має бути підкріплена виданням опису кращих соціальних технологій.

Слід вивчати практикам та дослідникам й унікальний український досвід. Наприклад, чи багатьом відомо, що "теплі будинки" — програма, яка функціонує в майже 30 хеседах (єврейських благодійних службах України), була визнана на світовому конгресі соціальних служб для людей похилого віку як гідна наслідування? Її тепер упроваджують і в Ізраїлі, і в Америці, і в Європі... І навіть в Україні — в деяких територіальних центрах, наприклад, у Дніпропетровську. Отже, наш досвід соціальної роботи теж необхідно досліджувати, більше того, залучати науковців до розроблення нових методик та технологій, а також стандартів і правових норм.

розвиток теорії соціальної роботи

На міжнародному рівні не існує згоди щодо теоретичних підходів у соціальній роботі [2]. Різні країни мають різну практику роботи соціальних служб, різні моделі соціальної політики, дещо відмінну практику, що ґрунтується на культурних традиціях та теоретичних розробках.

Потрібно започаткувати ініціативу уніфікації термінології, що стосується змісту, напрямів, засобів, форм і методів соціальної роботи (соціальне забезпечення, захист, допомога, обслуговування, розвиток, проблеми благодійництва, піклування, опіка тощо) в українському контексті. Наразі потрібним є створення універсальних концепцій діяльності соціального працівника, зважаючи на філософські, психолого-педагогічні, правові, організаційно-методичні засади вітчизняної соціальної роботи.

Необхідне видання енциклопедії, серії підручників, словника, юридичного довідника, посібників для різних форм навчання. Вже зараз вийшли друком методичні посібники, навчальні матеріали, словники (наприклад, "Словник із соціальної роботи", підготовлений Українським державним центром соціальних служб для молоді та Державним університетом імені М. Драгоманова), однак накладі цих видань мізерні, придбати чи отримати їх, особливо в регіонах, складно.

Перспективним для розвитку теорії та практики соціальної роботи було б різнобічне й компетентне висвітлення значення, творчого потенціалу, досвіду та проблем соціальної роботи в спеціалізованих, науково-популярних і періодичних виданнях, інших засобах масової інформації. Доцільним було б мати періодичний друкований орган, регулярне наукове видання (типу міжвідомчої збірки) [3].

Підсумки

Бачення перспектив розвитку соціальної роботи виходить із потреб нинішнього етапу її становлення. Є аспекти суто професійні — навчання, етика та принципи роботи, а є — соціально-політичні, що зачіпають життя широкого загалу людей і соціально вразливих груп зокрема.

Однією з головних причин "пробуксовки" так званих економічних реформ в Україні та інших республіках колишнього Радянського Союзу, на думку багатьох незалежних аналітиків, є недооцінка урядами важливості розвитку соціальної сфери і одного із головних її інструментів — професійної соціальної роботи. Вона є засобом реалізації соціальної політики держави, який орієнтований не тільки на поліпшення матеріального добробуту нужденних, але й на розширення їхньої соціальної взаємодії, на пристосування до життєвих реалій, сприяння активній ролі у суспільстві.

Соціальна робота є важливим чинником внутрішньої стабільності у державі, підтримки громадянського суспільства, бо соціальні працівники є посередниками між індивідом та державою, прагнучи до узгодженості різних інтересів. І завжди буде вкрай потрібною дієва і кваліфікована допомога з боку держави, громадських інституцій таким категоріям населення, як бідні, безробітні, безпритульні, мігранти, біженці, постраждалі від катастроф, особи, схильні до правопорушень, а також інваліди, люди похилого віку, діти-сироти.

Водночас новий фах — соціальна робота — дозволяє самореалізуватися тим, хто вміє співчувати, розуміти проблеми інших людей, тим, хто прагне допомогти іншому жити гідно, незважаючи на фізичні обмеження, душевний злам чи життєву кризу.

Отже, розвиток соціальної роботи має відбуватися на різних напрямках: шляхом підтримки матеріально-побутових умов (житло, охорона здоров'я, соціальне-забезпечення); шляхом організації мережі професійних державних і недержавних установ з надання допомоги соціально вразливим групам населення; шляхом надання інформації, підтримки добровільних організацій соціального захисту та навчання навичок самопомоги.

Вчені прогнозують розвиток соціальної роботи у XXI сторіччі як технології сприяння формуванню, здійсненню й реабілітації життєвих сил людини [4].

Рекомендована література

1. Менеджмент социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений // Под ред. Е.И.Комарова и А.И.Войтенко. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — 288с.
2. Мигович І. Соціальна робота: Вступ до спеціальності. — Ужгород: Ужгородський державний університет, 1997.

3. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе. — Амстердам; Київ, 1997. — 199 с.
4. Павленок П. Введение в профессию "Социальная работа": Курс лекций. — М.: ИНФРА, 1998. —174 с.
5. Практика социальной работы // Под ред. Кристофера Ханвея и Терри Филпота. — Амстердам; Київ, 1996. — 240 с.
6. Практична соціальна робота // За ред. Пам Картер, Тоні Джеффса та Марка К.Сміта. — Амстердам; Київ, 1996. — 184 с.
7. Соціальна робота в Україні: перші кроки // За редакцією В.Полтавця. — К.: Видавничий дім "КМ Academia", 2000. — 236 с.
8. Что такое социальная работа. — Амстердам; Київ, 1996. — 30 с.
9. Яцемирская Р., Беленькая И. Социальная геронтология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — 224 с.

Використана література

Глава 1

1. Social Work Education in Europe: A Comprehensive Description of Social Work Education in 21 European Countries // Introduced and Edited by Hans-Jochen Brauns and David Kramer. — Eigenverlag des Deutschen Vereins fbr uffentliche und private Fbrsorge, 1986. — P. 40.
2. Skolnik L., Wayne J. and Raskin M.S. A Worldwide View of Field Education Structures and Curricula // International Social Work. — V42. — #4 (October). — 1999. — P.472.
3. Turker Rambally R.E. Field Education in a Developing Country // International Social Work. — V42. — #4 (October). — 1999. — P.485 — 494.
4. Skolnik L., Wayne J. and Raskin M.S. A Worldwide View of Field Education Structures and Curricula // International Social Work. — V42. — #4 (October). — 1999. — 471.—473 pp.
5. Social Work Education in Europe: A Comprehensive Description of Social Work Education in 21 European Countries // Introduced and Edited by Hans-Jochen Brauns and David Kramer. — Eigenverlag des Deutschen Vereins fbr uffentliche und private Fbrsorge, 1986. — P.4 — 5.
6. Там само, с.144 — 145.
7. Kersting H.J. and Krapohl L. History and Development of Social Group Work in Germany and the Problems of Unificatio// XVI Annual Symposium of the Association for the Advancement of Social Work with Groups, Hartfords, CT, October, cited by Skolnik et al (1999).
8. Social Work Education in Europe: A Comprehensive Description of Social Work Education in 21 European Countries // Introduced and Edited by Hans-Jochen Brauns and David Kramer. — Eigenverlag des Deutschen Vereins fbr uffentliche und private Fbrsorge, 1986.— P. 170— 171.
9. Skolnik L., Wayne J. and Raskin M.S. A Worldwide View of Field Education Structures and Curricula // International Social Work. — V42. — #4 (October). — 1999. — 471 — 483 pp.
10. Теория и методология социальной работы / Под ред. проф. С. И. Григорьева. — М.: "Наука", 1994.— С.44.
11. Payne M. Modern Social Work Theory. England: Macmillan. — 1991. — P.7 — 9.
12. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе. — Киев, 1997.
13. Практика социальной работы / Под ред. Ханвея К. и Филпота Т. — Киев, 1996.— С. 12—13.
14. Непworth D. Larsen J. Direct Social Work Practice. — 4th ed. — Brooks/Cole Publishing Company. — P. 3.
15. Соціальна робота в Україні: перші кроки // Під ред. В. Полтавця. — К.: Видавничий дім "KM Academia", 2000. — С.5.

16. Мигович І.І. Соціальна робота. — Ужгород, 1997. — С.38.
17. Нерworth D. and Larsen J. Direct Social Work Practice. — 4th ed. — Brooks/Cole Publishing Company. — P. 4.
18. Там само, с.25 — 29.
19. Стерлінг Л. Надання порад та представництво / В кн.: Практика соціальної роботи // Под ред. Картер П., Джеффса Т. та Сміта М. — Київ, 1996. — С. 101 — 114.
20. Нерworth D. and Larsen J. Direct Social Work Practice. — 4th ed. — Brooks/Cole Publishing Company. — P. 2.
21. European Social Services/Edited by Brian Munday. — European Institute of Social Services University of Kent at Canterbury, 1993. — 96 p.
22. Barker Robert L. The Social Work Dictionary. — 3rd. ed. — Washington: NASW Press., 1995. — P.12, 103, 207, 366.
23. Соціальна робота і здоров'я / Под общей ред. Н.С.Григорьевой. — М., 1996. — С.7, 30, 46.
24. Pathways to Empowerment/ Edited by Phyllida Parsloe. — England: BASW, 1996. — P.1—8.
25. Шардлоу С. Определение социальной работы // Что такое социальная работа? — К., 1995. — С.6—9.
26. Лоренц У. Там само. — С. 24.
27. Аалтонен Е. Навчання соціальної роботи в рамках проекту соціального захисту програми TACIS // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 1.— С 67—70.
28. Лоренц У. Там само. — С. 47.

Глава 2

1. Цит. за: Малахов В. А. Етика. — К., 1996. — С.18.
2. Кант И. Соч., т.4, ч. 1. — М., 1965. — С 260.
3. Парслоу Ф. Ценности социальной работы // Что такое социальная работа. — Амстердам; К., 1996. — С П.
4. Обучение социальной работе: преемственность и инновации / Под ред. Ш. Рамон и Р. Сарри. — М., 1996. — С.9 — 10.
5. Інформаційно-методичний бюлетень Української Асоціації соціальних педагогів та спеціалістів по соціальній роботі. — Донецьк, 1992. — №1. — С.89.
6. Підготовлено на досвіді розробки норм професійної етики Національної Асоціації соціальних працівників США.
7. Джампольски Дж. Любовь побеждает страх. — М., 1992. — С. 9.
8. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского. — М., 1990. — С. 244.
9. Роджерс К. К науке о личности // История зарубежной психологии. — М., 1986. — С. 209.
10. Андреева Г. Социальная психология. — М., 1975.
11. Горностай П.П., Васильковская СВ. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. — К., 1995. — С 64 — 65, 68, 71 — 72.

Глава 3

1. Taylor B., Devine T. Assessing Needs and Planning Care in Social Work. — England: Progressive Printing UK Ltd, 1993.
2. Нерпworth D. and Larsen, J. Direct Social Work Practice. — 4th ed. — Brooks/Cole Publishing Company. — P. 366.
3. Браун Алан. Групповая работа в Великобритании // Практика социальной работы / Под ред. Ханвея К. и Филпота Т. — Киев, 1996. — С. 52 — 67.
4. Preston-Shoot M. Effective Groupwork. — London: BASW, 1995.
5. Ward A. Working in Group Care. — London: BASW, 1993.
6. Twelvetrees A. Community Work. — London: BASW, 1991.
7. Практична соціальна робота / За ред. Картер П., Джеффса Т. та Сміта М. — К., 1996.
8. Доэл М. и Шардлоу С Практика социальной работы. — М.: АО "Аспект Пресс", 1995. — С. 148.

Глава 4

1. Саенко Ю.І. Соціальна політика в період трансформації суспільства // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.7.
2. Зайцев В. Конфлікти між гілками влади в процесі їх становлення (1991—1996) // Становлення владних структур в Україні (1991—1996). — К., 1997.— С.5; Мигович І.І. Особливості соціалізації та соціальної адаптації населення в поліетнічному Закарпатті // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.70.
3. Новіков В. Питання вдосконалення соціального забезпечення // Соціальна політика і соціальна робота. —1996.— № 1. — С.30 — 37.
4. Чому невідомо, хто є бідним в Україні: Підсумковий звіт № 2 Програми реформування соціального сектора в Україні. — К., березень 1997. — С.5.
5. Скоромнюк М. Макроекономічна ситуація в Україні та її вплив на соціальний сектор // Матеріали семінару "Вимір бідності та шляхи її подолання". — К., жовтень 1998.
6. Чому невідомо, хто є бідним в Україні: Підсумковий звіт №2 Програми реформування соціального сектора в Україні. — К., березень 1997. — С.5.
7. Лібанова Е. Бідність: визначення, критерії та показники // Україна: Аспекти праці. — 1997. — № 7. — С.4 — 10.
8. Саенко Ю.І. Соціальна політика в період трансформації суспільства // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.8.
9. Праця та соціальна політика в Україні: Аналітично-статистичний довідник. — К., 1998. — С.131—136.
10. Ревенко А, Бідні верстви населення України // Україна: Аспекти праці. —

1997. — №7. — С.13 — 25; Матеріали семінару "Стратегічна ініціатива подолання бідності в Україні: підтримка реформ системи соціального забезпечення" (Київ, 17 жовтня 1997 р.); Матеріали семінару "Організація надання адресної соціальної допомоги та вимірювання бідності". — Дніпропетровськ, жовтень 1998 р.
11. Лібанова Е. Демографічні аспекти бідності // Матеріали семінару "Вимір бідності та шляхи її подолання". — К., жовтень 1998 р.
 12. Волинець Л.С. Щодо соціального феномена "діти вулиці" в Україні // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.174.
 13. Надточій Б. Чи є вихід із пенсійної кризи? // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 2, 3 — С.14—24.
 14. Грига І., Іванова О. Культурні передумови виникнення соціальної роботи в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 2, 3. — С.99.
 15. Перепелиця М.П. Державна молодіжна політика: Деякі міркування щодо пріоритетів реалізації // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.177.
 16. Грига І., Іванова О. Культурні передумови виникнення соціальної роботи в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 2, 3. — С.99 — 102.
 17. Грига І., Іванова О. Там само. — С.97.
 18. Донченко О. Адаптаційний невроз як ознака нашого часу // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.37.
 19. Мигович І.І. Особливості соціалізації та соціальної адаптації населення в поліетнічному Закарпатті // Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: Збірник наукових статей. — К., 1998. — С.71;
Жиляев А.Г. Психопатологический и патогенический анализ психических расстройств, вызываемых культовыми факторами // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. — М., 1995. — С.22 — 25.
 20. Головаха Є.І., Паніна Н.В. Тенденції у розвитку українського суспільства (1994—1997 рр.) — К., 1998. — С.87 — 89, 105 — 112.
 21. Іванова О. Передумови формування соціальної політики в Україні // Соціальна робота в Україні: перші кроки. — К., 2000. — С.108.
 22. Див. К., 1996. — С.374.
 23. Жмир В. Соціальна держава, соціальна політика, соціальна робота // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — №1. — С.9.
 24. Ганслі Т. Соціальна політика та соціальне забезпечення за ринкової економіки. — К., 1996.
 25. Іванова О. Використання інструментів соціальної політики в Україні // Україна: Людина. Суспільство. Природа. Тези доповідей ІV щорічної наукової конференції НаУКМА 22—23 січня 1998 р. — К., 1998.— С.166—168.
 26. Гальчинський А. Україна: поступ у майбутнє. — К., 1999. — С. 15.
 27. Пріоритети соціальної політики // Соціальний захист. — 2000. — № 3. — С.13.
 28. Гальчинський А. Україна: поступ у майбутнє. — К., 1999. — С. 198—199.

29. Случинський О., Снелбекер Д. Пенсійна реформа: єдине розв'язання п'ятдесяти мільйонів проблем // Соціальна політика і соціальна робота. — 1999. — № 1. — С.15.
30. Реформа пенсійної системи // Праця та соціальна політика в Україні: Збірник аналітично-статистичних матеріалів за 1999 р. — К.: Соцінформ, 2000. — С.84.
31. Лібанова Е. Демографічні передумови реформування системи пенсійного забезпечення // Соціальний захист. — 2000. — № 2. — С.51.
32. Праця та соціальна політика в Україні: Збірник аналітично-статистичних матеріалів за 1999 рік. — К.: Соцінформ, 2000. — С. 90; Піковий М. Соціальне обслуговування одиноких непрацездатних громадян // Соціальний захист в Україні. — 2000. — № 5. — С.18 — 23.
33. Гальчинський А. Україна: поступ у майбутнє. —К., 1999. — С. 204.

Глава 5

1. Законодавство України про пільги. Пільги. Переваги. Гарантії. Компенсації.: 36. нормативних актів/Упорядник Л. М. Гутарін. — К.: Юрінком Інтер, 2000, с 3—4.
2. Конституція України від 28 червня 1996 р. // ВВР — 1996 р. № 30, ст. 141.
3. Закон України "Про пенсійне забезпечення" від 5.11.91 року // ВВР, — 1992. — № 3, ст. 10 з подальшими змінами.
4. Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21.03.91 р. — // ВВР — 1991 р. — № 21. ст. 252 з подальшими змінами.
5. Закон України "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" від 21.11.92 року //ВВР — 1993 р.—№5, ст. 21.
6. Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" від 22.10.93 р. — // ВВР — 1993р. — № 45, ст. 425 із подальшими змінами.
7. Закон України "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні" від 16.12.1993 р. // ВВР — 1994 р. — № 4, ст. 18 з подальшими змінами.
8. Закон України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" від 01.07.2000 р. // "Праця і зарплата", 2000 р. — № 25, — с 2—3.
9. Правила обчислення загального трудового стажу для призначення працівникам допомоги по тимчасовій непрацездатності. Затверджене Постановою КМУ від 19.10.98 р. № 1658 // Право України — 1998 р., №11.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83 "Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів" // ЗП України — 1992 р. — № 3. — ст. 68.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.12.98 р. № 1951 "Про державну грошову допомогу деяким категоріям пенсіонерів". // Зак-во України "Про пенсійне забезпечення" Київ, Юрінком, 1999. — с 330.
12. Постанова КМУ від 2.08.2000 р. № 1192 "Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи

- внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним" // Праця і зарплата — 2000 р. — № 31.
13. Порядок виплати допомог на поховання від 28.03.1997 р. // Затверджений спільним наказом Міністерства соціального захисту населення, Міністерством фінансів, Міністерством праці, Державним комітетом по житлово-комунальному господарству, Фондом соціального страхування, Пенсійного фонду України.
 14. Методика обчислення сукупного доходу сім'ям для всіх видів соціальної допомоги // Затверджена спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Мінфіном, Мінекономіки України, Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, державного комітету статистики України 18.06.99.
 15. Постанова Кабінету Міністрів України від 6.02.1992 р. № 62 "Про порядок забезпечення інвалідів автомобілями з ручним керуванням і мотоколясками" // Соціальне забезпечення. Збірник законодавчих актів та офіційних документів. — К., 1992 р.
 16. Мигович І.І. Соціальна робота (вступ до спеціальності) // "Поличка Карпатського краю", Ужгород, 1997.
 17. Положення про Міністерство праці та соціальної політики України. Затв. Указом Президента України від 30 серпня 2000 р., № 1035/2000.
 18. Типове положення про головне управління праці та соціального захисту населення обласної, Київської міської державної адміністрації і управління праці та соціального захисту населення Севастопольської міської державної адміністрації і Типове положення про управління праці та соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі державної адміністрації. Затв. постановою Кабінету Міністрів України від 29 вересня 2000 р., № 1498.

Глава 6

1. Типове положення про дитячий будинок-інтернат. Затв. наказом Міністерства соціального захисту населення України від 1 квітня 1997 р., № 43.
2. Типове положення про психоневрологічний інтернат. Затв. наказом Міністерства соціального захисту населення України від 1 квітня 1997 р., № 43.
3. Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний будинок-інтернат, пансіонат для ветеранів війни і праці. Затв. наказом Міністерства соціального захисту населення України від 1 квітня 1997 р., № 43.
4. Положення про спеціальний будинок-інтернат для престарілих та інвалідів. Затв. Постановою Ради Міністрів УРСР від 2 березня 1990 р., № 49.
5. Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року, схвалені указом Президента України від 24 травня 2000 року.

6. Резолюція ГАООН 47/5 від 16 жовтня 1992 року.
7. Резолюція ГАООН №40/212 від 17 лютого 1985 року.
8. Резолюція ГАООН №52/17 від 20 листопада 1997 року.
9. Гриценок М.О. Проблеми інтернатних установ, територіальних центрів // Соціальний захист. — 1997. — № 1. — С.35—38.
10. Пархомов С. Житомирщина: практика соціальної роботи // Соціальний захист. — 1998. — №5. — С.65 — 67.
11. Страшків Б.М. Соціальне обслуговування громадян похилого віку (рукопис — 2000).
12. Іванова О., Семигіна Т. Система соціального обслуговування та соціальних служб в Україні // Соціальна робота в Україні: перші кроки (за ред. В.Полтавця). — К.: КМ Academia, 2000. — С. 112 — 129.
13. Піковий М.Л. Соціальне обслуговування одиноких непрацевдатних громадян // Соціальний захист в Україні. — 2000. — № 5. — С.18 —23.
14. Фокін В.А., Фокін І.В. Соціальна робота з літніми сім'ями в Росії // Соціальна політика і соціальна робота. — 2000. — № 1. — С.83 — 99.
15. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. — 224 с.
16. Меллер А., Некрасов А.Я. Социальная политика Швеции. — М.: Издательство "Социальная защита", 1999. — 192 с.

Глава 7

1. Вайнола Р. Х., Капська А. Й., Комарова М. Н. та ін. Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку. — К.: Академпрес, 1999. — С. 112.
2. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України: сучасний стан і перспективи розвитку / Кер. авт. кол.: С. В. Толстоухова. — К.: Академпрес, 1999.— С.112.
3. Іванова І. Б. Сім'я і проблеми інвалідності // Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. — К., 2000. — С. 11 — 19.
4. Права інвалідів в Україні. — Збірник правових документів. — К.: Сфера, 1998. — С 300.
5. Соціальна робота з підлітками та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За заг. ред. Пінчук І. М., Толстоухової С. В. — К.: УДЦССМ, 2000. — Вип. 1. — С 276.
6. Сошнева К. С Соціальна підтримка дітей та молоді з особливими потребами // Соціальна робота з дітьми, молоддю, жінками, різними категоріями сімей. — К., 1999. — С 36—47.
7. Трухін І. О. Соціальний захист інвалідів як прояв гуманізації суспільства // Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. — К., 2000. — С. 7 — 10.
8. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України: сучасний стан і перспективи розвитку / Кер. авт. кол. С. В. Толстоухова. — К.: Академпрес, 1999. —С. 112.
9. Дейл Л. Джонсон. Психическое расстройство. Новый подход к семейной

- проблемі. — Київ: Издательство Ассоциации психиатров Украины, — 1997. — 56 с.
10. Инструкции по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами. — Киев: Издательство Ассоциации прав человека "Сфера", — 1997. — 103 с.
 11. Иконников М., Смирнова Н. Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. — Амстердам; Киев: Издательство Ассоциации психиатров Украины, — 1996. — 36 с.
 12. Максимова Н.Ю., Милютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун. — 1996. — 464 с.
 13. Мюллендер О., Уорд Д. Самокерована групова робота. Діяльність користувачів з метою наснаження. — Амстердам; Київ: Видавництво Асоціації психіатрів України, — 1996. — 176 с
 14. Права людини в Україні. Інформаційно-аналітичний бюлетень Українсько-американського Бюро захисту прав людини. Випуск 18. Права дитини. — К., 1996 — 1997. — 200 с
 15. Томпсон Л., Виховання дитини з розумовою вадою. Книга періоду душевної кризи. — К.: Видавництво Асоціації психіатрів України "Сфера", 1997. — 248 с
 16. Голдберг Д. Психиатрия в медицинской практике, и др. — К: Сфера, 1999.
 17. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. — К: Сфера, 1998.
 18. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. — К.: Сфера, 1999.
 19. Карманное руководство к МКБ-10 (классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). — К.: Сфера, 2000.
 20. Закон України "Про психіатричну допомогу". — К.: Сфера, 2000. — 54 с.

Глава 8

1. SatirV., BanmenJ., GerberJ., Gomori M. The Satir Model, Family Therapy and Beyond. Science and Behaviour Books, Inc. Palo Alto, 1991. P. 19 — 22.
2. Права людини в Україні. Інформаційно-аналітичний бюлетень Українсько-американського Бюро захисту прав людини: Випуск 18. — Київ, 1996—1997.
3. Соціальне становище дітей в Україні. — Волинець Л.С. — К., 2000.
4. Праця дітей в Україні. — Власенко Н., Костриця В.І. — К., 2000 р.
5. Праця дітей в Україні, у січні—вересні 1999 року: Стат.бюлетень./Державний комітет статистики України; МБП, 2000 р.
6. Соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, Державна доповідь про становище дітей. — К., 2000.
7. Соціальна педагогіка. Навчальний посібник / За ред. А.Й.Капської. — К., 2000. — 264 с — С 104—111.
8. Longres J. F. Human Behavior in the Social Environment. — Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc., 1990. — P. 274.

9. Longres, John F. Human Behavior in the Social Environment. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc. 1990. — P. 35.
10. Bradshaw J. Bradshaw On: The Family — A Revolutionary Way of Self-Discovery. Deerfield Beach, FL: Health Communications, 1988. — P. 31.
11. Johnson L. Social Work Practice, a Generalist Approach. Allyn and Bacon, 1997. — P. 230 — 232.
12. Минухин С, Фишман Ч. Техники семейной терапии. Переклад з англійської мови (Salvador Minuchin, H. Charles Fishman, Family Therapy Techniques, Harvard University Press), незалежна фірма "Класс", Москва, 1998. — С. 8.
13. Augustus Y. Napier with Carl Whitaker. The Family Crucible (New York: Harper and Row, 1978), Cloe Madanes and Jay Haley, "Dimensions of Family Therapy", Journal of Mental and Nervous Diseases 165, #2 (1977): 88—98.
14. Andersson H. Addiction, Violence and the Family. Granhult Workshop. — 1999.

Глава 9

1. Марков І. та ін. Досвід вивчення соціальних проблем і потреб ВІЛ-інфікованих людей в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 1. — с 56 — 66.
2. Гуськов Д.А. ВИЧ-позитивные наркозависимые в фокусе альтернативных парадигм биомедицинской науки и социального ответа на вызов СПИДа. — Киев, 1997. — 87с.
3. Бойко А.М. Соціальна робота з клієнтами із залежністю від алкоголю та наркотиків. — Київ; Ужгород, 2000.
4. Бойко А.М Соціальна робота з клієнтами, інфікованими ВІЛ та хворими на СНІД. — Київ; Ужгород, 2000.
5. Синьов В., Радов Г., Кривуша В., Беца О. Педагогічні основи ресоціалізації злочинців. — К.: Леся, 1997.
6. Беца О. До питання про розробку соціальної політики стосовно осіб, позбавлених волі // Соціальна політика та соціальна робота — 1996. — № 1. — С.51—55.
7. Беца О.В. Реалізація ідей соціальної реабілітації засуджених у зарубіжній пенітенціарії // Проблеми пенітенціарної теорії і практики. — 1996. — № 1. — С.48 — 54.
8. Беца О.В. Чи потрібна в Україні соціальна служба для роботи із звільненими з місць ув'язнення? // Соціальна політика і соціальна робота. — 1997. — № 1. — С.49 — 55.
9. Беца О. Якою бути системі ресоціалізації осіб, звільнених із місць позбавлення волі? // Соціальна політика і соціальна робота. — 1998. — № 3. — С.45 — 52.
10. Справочное пособие по социальной работе / Под ред. Панова А. М., Холостовой Е. И. — М.: Юрист, 1997.
11. Сучасні підходи та моделі розв'язання проблеми попередження правопорушень, наркоманії серед учнівської і студентської молоді. — К.: ІЗМН, 1997.

12. Юнак В. Ю. Осторожно, наркомания. — Киев, 1988.
13. Ягодинский В. Н. Школьнику о вреде никотина и алкоголя. — М.: Просвещение, 1986.

Глава 10

1. Закон України "Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", від 14 січня 1998 року.
2. Основні напрями соціальної політики України на 2001 — 2004 роки.
3. Кодекс законів про працю України.
4. Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про зайнятість населення".
5. Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття".
6. Закон України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям".
7. Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні".

Глава 11

1. Амбулаторний прийом терапевта. — Нейко Е.М., Дибенко М.В., Лажо А.С. та ін. — К: Здоров'я, 1989.
2. Внутренние болезни: Руководство к практическим занятиям. — М: Медицина, 1989.
3. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. — Виноградов А.В. — М: Медицина, 1992.
4. Атлас нормальной анатомии человека. — Липченко В.Я., Самусев Р.П. — М: Медицина, 1986.

Глава 12

1. Полтавець В. Передмова // Соціальна робота в Україні: перші кроки. — К., 2000. — С. 4.
2. Грига І., Іванова О. Викладання соціальної політики і соціальної роботи в магістеріумі // Соціальна політика і соціальна робота. — 1999. — № 3 — 4. — С.14.
3. Мигович І. Перспективний напрямок діяльності вищої школи України // Соціальна політика і соціальна робота. — 1999. — № 3 — 4. — С.23.
4. Григорьев С. Социология социальной работы как содействие осуществлению и реабилитации жизненных сил человека // Российский журнал социальной работы. — 1996. — № 2. — С.14.

ВВЕДЕННЯ У СОЦІАЛЬНУ РОБОТУ

Навчальний посібник

Відповідальний за випуск: **Бурлака В.В.**

Науковий консультант: **Семигіна Т.В.**
Редактори: **Жмир В.Ф., Вельбовець Н.М.**
Коректор: Дігель О.А.
Макетування та дизайн: **Іванкевич О.П.**
Художнє оформлення: **Попович Н.П.**
*В оформленні обкладинки використані
фото з архіву газети "Соціальна політика "*

Введення у соціальну роботу. Навчальний посібник. — К.: Фенікс, 2001. — 288 с

Навчальний посібник має на меті допомогти соціальним працівникам з надомного обслуговування, працівникам установ і закладів соціальної сфери, а також студентам розширити знання про новий в Україні напрям практичної і наукової діяльності — соціальну роботу. Розглянуте коло теоретичних питань, наведені практичні приклади. Практики соціальної сфери одержать корисні знання щодо особливостей роботи з різними групами клієнтів, які потребують соціальної підтримки.

Розрахований на слухачів курсів підвищення кваліфікації, працівників системи соціального захисту, студентів освітнього рівня "молодший спеціаліст" і тих, хто цікавиться соціальною роботою.

Підписано до друку 12.07.01. Формат 70x100 /іб.
Гарнітура "Таймс". Папір офсетний. Друк офсетний.
Умови, друк. арк. 23,4. Облік.-вид. арк, 20,91.
Тираж 3000 прим. Зам. 21-259

Надруковано у видавництві
УАННП "Фенікс"
Свідоцтво ДК № 271 від 07.12.2000 р.