

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ДЗ «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»**

**Кафедра публічної служби та управління навчальними й
соціальними закладами**

***ДИСТАНЦІЙНИЙ КУРС «Теорія і методика соціальної роботи органів
публічного управління»***

Для слухачів магістратури

Розглянуто на засіданні кафедри
публічної служби
та управління навчальними
й соціальними закладами.

Протокол № 8 від 04.04.2019

Старобільськ 2019

Мета вивчення дисципліни

– ознайомити студентів з сутністю соціальної роботи, її суспільним значенням, аналізом особливостей здійснення соціальної роботи в сучасних умовах, набуття необхідних вмінь та навичок для успішної професійної діяльності в установах державної служби; формувати національну самосвідомість, розуміння національного відродження в контексті європейського досвіду; усвідомлення місця соціальної роботи в суспільному розвитку держави.

Вивчення дисципліни як складника циклу соціально-економічних дисциплін має сприяти формуванню уявлення про державну політику України як невід’ємну частину європейської інтеграції.

Передумови (актуальні знання, необхідні для опанування дисципліни).

Вивчення дисциплін соціально-економічного напрямку.

Лекція № 1.

Тема 1. «Сутність та зміст соціальної роботи органів публічного управління: формування професіоналізму в соціальній роботі».

1. Соціальна робота на державному рівні
2. Індивідуально-професійні характеристики соціального працівника
3. Сфери діяльності й функції соціального працівника
4. Етика соціального працівника

1. Соціальна робота на державному рівні

Виходячи із функціональної природи, соціальну роботу можна охарактеризувати як один із багатопланових і досить трудомістких видів професійної діяльності. Соціальний працівник виконує різноманітні функції щодо організації, координації, забезпечення підтримки (психологічної і фізичної), правової й адміністративної допомоги, корекції тощо. Це спеціаліст, який може сприяти реалізації соціальної політики держави на різних рівнях: на рівні управління, матеріально-технічного і правового

забезпечення, освіти, охорони здоров'я і безпосередньої практики соціальної роботи.

Такий спеціаліст у процесі діяльності повинен володіти досить чималим і різноманітним обсягом знань, які служать основою професійних умінь: координації, управління, організації, діагностування, аналізу, комунікації, корекції, реабілітації.

Виходячи із змісту соціальної роботи і особливостей сфери діяльності соціального працівника, можна визначити такі професійні **функції спеціаліста**:

—*аналітико-гностична* (виявлення і облік на території обслуговування сімей, неповнолітніх дітей, громадян, котрі потребують різної за видами і формою соціальної підтримки та здійснення стосовно їх патронажу);

—*діагностична* (виявлення причин появи у громадян труднощів як за місцем проживання, так і за місцем навчання й роботи);

—*прогностична* (програмування і прогнозування впливу на об'єкти соціальної роботи всіх соціальних інститутів суспільства, вироблення окремої моделі технології прогнозування і моделі поведінки об'єктів);

—*організаційна* (організація і координація діяльності соціальних служб, відомств, організацій, різних державних і недержавних структур щодо надання допомоги і соціальної підтримки людям, які їх потребують; здійснює планування щодо реалізації завдань соціальної політики; сприяє розвитку мережі соціальних інституцій по обслуговуванню і соціальній підтримці населення);

—*комунікативна* (забезпечує налагодження взаємодії особистості, соціальної групи, які виступають клієнтами, та державних і недержавних організацій, волонтерів, спонсорів, соціальних партнерів);

—*активізаційна* (сприяння активізації потенціалу можливостей клієнтів — окремої людини, сім'ї чи соціальної групи, які опинилися в складній життєвій ситуації; стимулювання їхніх зусиль на самодопомогу, самовдосконалення);

—*охоронно-захисна* (сприяння захисту прав клієнтів і створення умов для виконання ними своїх обов'язків по відношенню до держави, суспільства, спільноти, сім'ї, дитини; організація правової просвітницької роботи серед населення з метою вивчення міжнародних і державних документів, які регламентують права, обов'язки, норми поведінки представників різних груп об'єктів соціальної роботи);

—*посередницька* (надання допомоги в налагодженні контакту з потрібними соціальними інститутами; виявляти основні функції соціальних інститутів; виявляти шляхи та зміст роботи профільних установ у соціальній підтримці і допомозі; попереджувати, по можливості, появу конфліктів між клієнтами і державними органами чи соціальними інститутами);

—*соціально-терапевтична* (вирішення проблеми соціально-терапевтичної допомоги клієнтам, організація соціально-терапевтичної допомоги, виявлення рівнів та форм соціально-терапевтичної допомоги, обґрунтування доцільності надання соціально-терапевтичної допомоги);

—*корекційно-реабілітаційна* (здійснення аналізу суб'єктивних і об'єктивних можливостей щодо соціальної реабілітації; організація корекційно-реабілітаційної роботи з різними клієнтами; вибір оптимальних видів корекції, визначення рівнів її ефективності корекційно-реабілітаційної роботи, розробка методичних матеріалів для корекційно-реабілітаційної роботи);

—*попереджувально-профілактична* (виявлення закономірностей і особливостей проблеми клієнта, приведення в дію соціально-правових, психологічних, соціально-медичних, педагогічних та інших механізмів попередження і подолання негативних явищ, вибір і застосування ефективних форм соціально-профілактичної роботи, використання методів заохочення і покарання на засадах гуманізму, забезпечення клієнтів інформаційними матеріалами).

Перелік функцій може бути дещо розширеним, оскільки науковці і практики виявляють нові обов'язки соціальних працівників, нові проблеми людей різних соціальних груп і різного віку. Останнім часом набувають свого визнання такі функції соціального працівника, як:

—*соціально-педагогічна* — це функція виявлення інтересів і потреб у різних видах діяльності (культурно-оздоровчій, технічній і художній творчості, екскурсійно-туристичній тощо);

—*соціально-психологічна* (проведення різного виду консультацій і здійснення корекції міжособистісних відносин людей у різних соціальних інститутах, надання допомоги у соціальній реабілітації всім, хто цього потребує);

—*соціально-медична* (організація роботи по проведенню профілактики захворювань, допомога в оволодінні основами першої медичної допомоги, культури харчування; організація роботи по плануванню сім'ї, формування відповідального ставлення до репродуктивної і сексуальної поведінки; сприяти формуванню здорового способу життя);

—*соціально-побутова* (сприяння у наданні необхідної допомоги різним категоріям населення — інвалідам, людям похилого віку, молодим сім'ям тощо — у поліпшенні їхніх житлових умов, організації нормального побуту).

Безперечно, *структура соціальної роботи* — це взаємообумовлення досить стійких зв'язків об'єкта, які забезпечують збереження цих основних властивостей. З цих позицій можна розглядати структуру соціальної роботи, яка включає низку взаємопов'язаних *компонентів*: суб'єкт — зміст — управління - об'єкт та функції, які реалізуються в дії і пов'язують усі складові структури.

Звичайно, що будь-яка робота починається з об'єкта, оскільки він її виконує, але завершується вона певним результатом, який безпосередньо пов'язаний з цими результатами. І від того, наскільки вдало визначено у структурі соціальної роботи об'єкт, істотно залежить результативність соціальної дії фахівця щодо надання допомоги у певній галузі.

Як зазначають вітчизняні вчені, "органи соціальної роботи мають за мету здійснення політики держави, громадських структур, забезпечення

людей потенційними життєвими благами, сприяння нормалізації соціально-психологічних відносин між ними, розвиток самостійності працівників державних установ в управлінні". Хоча структурними компонентами в організації соціальної роботи виступають не лише державні установи, відомства, а й спеціалізовані *державні установи чи заклади*, які причетні до умов праці, побуту, дозвілля, охорони здоров'я, безпеки тощо".

Проте означені компоненти лише в сукупності можуть розкрити суть соціальної роботи, яка за змістом і характером домінуючих проблем потребує усвідомлення двох основних аспектів соціальної роботи в Україні: перший — це вирішення найбільш болючих і невідкладних проблем людей; другий аспект — це вирішення глобальних завдань у перспективі, прогнозування і попередження появи гострих соціальних проблем у масштабному плані (злиденність, безробіття, хвороби, обумовлені соціальними причинами, проблема загострення девіації серед дітей і молоді та ін.).

При такому сприйнятті двох основних підходів до розуміння суті соціальної роботи можна стверджувати, що вони, безперечно, обумовлені соціальною політикою, основними напрямками і орієнтирами розвитку суспільства. Зокрема, що стосується ***основних напрямів (або видів) соціальної роботи:***

- соціальна діагностика і профілактика,
- соціальна реабілітація,
- соціальна корекція і терапія,
- соціальне проектування,
- соціальне прогнозування,
- соціальна експертиза,
- соціальне посередництво,
- соціальне консультування,
- соціальне забезпечення,
- соціальне страхування,
- соціальна опіка й опікунство.

Особливості і зміст основних напрямів діяльності будуть розкриті далі.

У ролі домінанта, який обумовлює структуру соціальної роботи, ми вважаємо державну систему соціальної роботи в Україні, до складу якої входять державні інститути (законодавча влада, судова влада та засоби масової інформації). Але при цьому, слід зазначити, що центральні державні інститути через "законодавчу ініціативу, бюджетну і кадрову політику, систему контролю та іншими засобами і способами впливають на всі ланки системи соціального захисту населення — управління праці і соціального захисту міських і районних державних адміністрацій, трудові колективи".

*До таких державних інститутів можна віднести: **Міністерство соціальної політики**, якому підпорядковуються по вертикалі і горизонталі різні відомства й організації (мережа центрів зайнятості, обласні і міські управління соціального захисту, територіальні центри обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян та ін.). **Міністерство***

охорони здоров'я, якому підпорядковуються всі заклади охорони здоров'я, медичні навчальні заклади різного рівня акредитації. **Міністерство освіти і науки** якому підпорядковуються через інші державні структури різні загальноосвітні навчально-виховні заклади, та інші.

Звичайно, що соціальна робота, яка проводиться завдяки повноцінному функціонуванню названих державних структур, бере на себе вирішення як глобальних, так і більш конкретних проблем. Але при цьому, слід зазначити, що ***соціальна робота може і повинна здійснюватись на різних рівнях:*** державному, регіональному, місцевому, індивідуальному.

На *державному рівні* соціальна робота визначається, перш за все, законодавчою і соціальною політикою України. Саме у цьому масштабі соціальна робота представляється в її широкому розумінні. Перший рівень соціальної роботи, безперечно, визначає її характер і в більш вузькому розумінні.

Зокрема, *регіональний рівень*, в основному, визначається її державним рівнем. Саме на регіональному рівні соціальна робота набуває більш конкретного спрямування, уточнюється її зміст, особливості і шляхи її реалізації. Цей рівень є передумовою організації соціальної роботи у вузькому розумінні.

Тому на *місцевому рівні* соціальна робота має досить чітко виражену спрямованість і конкретного об'єкта. Основні завдання реалізуються як державними, так і не державними службами, професійними і не професійними працівниками.

Проте соціальна робота має досить виразне спрямування не лише на соціальні групи клієнтів, а й на окремих індивідів, які потребують особливої, конкретної допомоги. Це здійснюється уже на індивідуальному рівні, що обумовлює посилення ефективності соціальної роботи.

2. Індивідуально-професійні характеристики соціального працівника

Сьогодні в Україні соціальна робота переживає бурхливий розвиток. Це пов'язано з двома протилежними тенденціями, що сформувались і досягли досить великої потужності на терені України за останніх десяти-п'ятнадцять років. Одна з них є інстинктивною реакцією соціального організму країни на катастрофічне зубожіння українського народу під час переходу від тоталітарно-патерналістської моделі соціального захисту населення до ліберально-демократичної, а друга - визначається потребами оновлення українського суспільства на засадах загальнолюдських цінностей, що вимагає принципово нових підходів до соціальної політики держави у контексті її загальноєвропейської орієнтації.

Головною проблемою формування соціальної політики на сучасному етапі розвитку українського суспільства є переоцінка матеріального чинника. Безумовно, в країні з глибокою економічною кризою складно взагалі говорити про його переоцінку. Проте сподіватися на вирішення соціальних

проблем тільки шляхом матеріальних дотацій також не раціонально. Сьогодні соціальна робота в Україні перебуває на тому етапі.

Основним законом України, який гарантує здійснення соціальної політики щодо захисту, допомоги та підтримки дітей, молоді, жінок, сім'ї, є Конституція України. Вона, зокрема, проголошує: людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

Поняття "соціальний працівник" стало вживатися наприкінці XIX - на початку XX століття. Але як професія і академічна дисципліна соціальна робота отримала визнання лише після Другої світової війни. Згідно з ідеєю держави "загального добробуту" у США в 30-х роках і у Західній Європі в 40-х роках визнавалися права кожної людини на певний мінімум гідного існування, а держава перетворювалася на гаранта реалізації цього права. Потрібна була система індивідуальної допомоги людям, які з тих чи інших причин не вписувалися в сучасне суспільство, опинилися "за бортом". Урядові циркуляри і державні асигнування на соціальні потреби повинні були знайти конкретного адресата, бути тонко підігнаними під потреби конкретних людей, а іноді й радикально переглянуті відповідно до сучасних вимог. Цю функцію і взяли на себе соціальні працівники.

Сучасний соціальний працівник вбачає своє завдання в тому, щоб людина, якій він допомагає, у подальшому мала змогу обходитися без цієї допомоги, що і є показником професійного успіху. Процес, за допомогою якого цього досягають, називають по-різному: реабілітацією, нормалізацією, реадaptaцією.

Головне завдання соціальної роботи полягає в тому, щоб повернути "клієнтові" здатність діяти самостійно за певних соціальних умов.

Ідея "професіоналізму", яка задає відповідну модель і стандарт поведінки, істотно вплинула і на організацію соціальної роботи в цілому - від низової до глобальної. Вона обумовила ідейну єдність, що характеризує професію як деяку спільку. Незважаючи на різноманітність сфер спеціалізації (різні категорії клієнтів, різні стилі роботи, різні теоретичні підходи), в соціальній роботі визначилася загальна специфіка, яка дозволяє вважати її професією, а не просто строкатим переліком функцій.

Характер діяльності вимагає від соціальних працівників знання широкого кола питань: організації системи соціального забезпечення взагалі, відповідного законодавства, елементів соціології та економіки, конкретних прийомів індивідуальної роботи з людьми. Тобто передбачається необхідність знань про людину у прикладній психології.

Разом з тим соціальній роботі притаманні певні особливості. Характер проблем, з якими вона стикається, не дозволяє запропонувати однозначні методи їх ефективного вирішення. Будь-які недоліки тут найбільш помітні. Тому прорахунки сім'ї, суспільства у багатьох країнах вважаються виною саме соціальних працівників. "Молодість" професії пояснює відсутність у неї міцних позицій в академічному та адміністративному світі. Спроби спеціалістів соціальної сфери розробити

об'єктивно наукові способи вирішення людських проблем часто викликають недовіру у зв'язку з тим, що ця сфера розглядається перш за все як особиста і побутова.

Позиція соціальних працівників як спеціалістів-професіоналів передбачає об'єктивність і неупередженість, проте вони рідко залишаються байдужими, постійно стикаючись з потужним зарядом людських страждань.

Сьогодні більшість соціальних працівників, як і вчителі, лікарі, інші представники гуманітарних професій, працюють у державних та інших офіційних установах. Але при цьому (це особливість даної професії) не є виконавцями "наказу зверху", бюрократами, які турбуються лише про раціональність діяльності, про те, щоб при мінімальних затратах отримати максимальну віддачу для себе і для держави. Професіоналів соціальної роботи вирізняють особливий статус і знання, спираючись на які вони об'єктивно оцінюють ситуацію. Основою професійних знань соціальних працівників є дві функціональні концепції: по-перше, власне ідея професіоналізму, по-друге, ставлення до прав людини.

Спеціаліст соціальної роботи наділений різноманітними посадовими обов'язками. Основні з них такі:

- володіти основами пенсійної справи, соціального захисту сімей з дітьми, інвалідів, одиноких та інших соціально незахищених громадян;
- виявляти на підприємствах, в мікрорайонах, селах сім'ї окремих осіб, які потребують соціально-медичну, юридичну, психолого-педагогічну, матеріальну іншу допомогу, охорону морального, фізичного і психічного здоров'я;
- встановлювати причини виникаючих у них труднощів, конфліктних ситуацій, в т.ч. за місцем роботи, навчання і т.д.,
- допомагати їм у розв'язанні існуючих проблем, працевлаштуванні, соціальному захисті;
- сприяти інтеграції діяльності різних державних і громадських організацій та установ по наданню необхідної соціально-економічної допомоги населенню;
- проводити психолого-педагогічні та юридичні консультації з питань сім'ї і шлюбу, виховну роботу серед дітей, схильних до правопорушень;
- надавати допомогу в укладанні угод про надомну працю батькам що мають неповнолітніх дітей, інвалідам, пенсіонерам;
- виявляти і надавати підтримку дітям та дорослим, яким потрібна опіка і піклування, влаштування в лікувальні й учбово-виховні заклади, матеріальна, соціально-побутова та інша допомога;
- організовувати громадський захист неповнолітніх правопорушників при необхідності - брати в ньому особисту участь;

- сприяти створенню і діяльності центрів соціальної служби для молоді, допомоги сім'ї (всиновлення, опікунство, піклування), юнацьких, підліткових, дитячих об'єднань, асоціацій, клубів за інтересами;
- допомагати організації і виховній діяльності інтернатів, притулків для інвалідів, людей похилого віку, бездомним та ін.;
- брати участь в роботі по соціальній адаптації і реабілітації осіб, які повернулися з спеціальних навчально-виховних установ і місць позбавлення волі, розв'язанні інших гострих соціальних проблем.

Сприймання людьми навколишнього світу, а також їх поведінка певною мірою залежать від рівня інформованості. Мова йде про широкий кругозір соціального працівника, який не обмежується суто професійними обов'язками. Обізнаність в багатьох сферах суспільного життя сприяє поверненню й довіри до нього з боку клієнтів, підкріплення у них впевненості в тому, що вони отримають всебічну допомогу.

Таким чином, соціальний працівник повинен:

- мати добру професійну підготовку, знання з різних галузей правознавства, соціології, психології, педагогіки, фізіології, демографії і статистики, інформатики, економіки і управління;
- володіти високою загальною культурою, розумітися в літературі, музиці, живопису та інших видах мистецтва;
- бути добре поінформованим про сучасні політичні, економічні, соціальні процеси в суспільстві, мати широку обізнаність про різні соціальні групи населення;
- вміти передбачати наслідки своїх дій, не йти сліпо за клієнтом, а проводити в життя свою продуману й послідовну лінію;
- володіти певною соціальною пристосованістю, враховувати різноманітність контингенту, що потребує допомоги, вміло контактувати і привертати до себе "важких" підлітків, сиріт, інвалідів, безробітних, одиноких, людей похилого віку, перебуваючих на реабілітації і т.д.;

Основні положення для цієї діяльності, як вказувалося:

- систематичність, послідовність, активність, цілеспрямованість.
- мати професійний такт, бути відкритим і співучасливим до чужих труднощів, викликати симпатії і довіру в оточуючих, дотримуватися професійної таємниці, делікатності в усіх питаннях, що зачіпають інтимні сторони життя людини;
- виховувати в собі емоційну усталеність, бути готовим до психічних перевантажень, уникати однобічності, невротичних відхилень у власних оцінках та вчинках, незважаючи на можливі не вдачі (недовіру, образу, відмови тощо), сумлінно виконувати свій обов'язок, зберігати витримку, залишатися доброзичливим і чуйним до клієнта;

- вміти приймати рішення в несподіваних, навіть екстремальних, ситуаціях, чітко формулювати свої думки, грамотно і дохідливо їх викладати, критично оцінювати свою діяльність, уникати зверхності, зарозумілості;
- ділитися своїми знаннями, досвідом з колегами, молодими соціальними працівниками, популяризувати свою професію, підтримувати високі стандарти своєї поведінки.

Вони відомі давно, важливі скрізь і завжди, та в наш бурхливий, переломний час і стосовно вашої майбутньої діяльності мають особливе значення. З врахуванням цього треба і розпочинати оволодіння обраною спеціальністю. Ці та інші риси можна поділити на три групи:

1. психологічні характеристики, що є складовою частиною придатності до соціальної роботи;
2. психолого-педагогічні якості, орієнтовані на вдосконалення соціального працівника як особистості;
3. методичні навички і зусилля, спрямовані на створення особистого іміджу (привабливості).

3. Сфери діяльності й функції соціального працівника

Згідно кваліфікаційної характеристики фахівця із соціальної роботи, до його посадових обов'язків належать: організація виявлення та реєстрації громадян, які потребують соціальної та іншої допомоги, охорони і захисту їх морального, фізичного та психологічного здоров'я; організація піклування, опікування та догляду; встановлення причини конфліктних ситуацій та відхилень, які спричинили асоціальні явища; координація роботи з надання соціальної допомоги та захисту; пропаганда здорового способу життя, дбайливого ставлення до ветеранів та інвалідів, високих зразків етики та культури соціальних відносин; надання допомоги у працевлаштуванні; реєстрація асоціальних явищ і розробка заходів щодо їх усунення; проведення психологічних та педагогічних консультацій, надання юридичних порад; організація допомоги громадянам похилого віку й непрацездатним, тощо [1, 34-35].

Фахівець із соціальної роботи повинен знати: законодавство України, нормативно-правові акти, методичні та інші розпорядчі документи та матеріали, які регламентують організацію соціальної роботи; організацію соціально-медичної роботи; організацію юридичної допомоги, піклування,

опікування, догляду, соціальної реабілітації, соціального захисту; соціологію; психологію; технології соціальної роботи; національні особливості побуту, культуру людських відносин та інше. Кваліфікаційними вимогами до фахівця із соціальної роботи є повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст) та підвищення кваліфікації.

Професійні обов'язки фахівця із соціальної роботи обумовлюють його ролі. Він виступає як соціальний педагог, учитель, вихователь, експерт, консультант, коли надає поради, навчає різним умінням, ефективним методам родинного планування і господарювання, встановлює зворотній зв'язок, застосовує рольові ігри та інше. Фахівець виступає в ролі посередника, організатора, адміністратора, коли його діяльність спрямована на допомогу у подоланні проблем особи, що знаходиться у важкій життєвій ситуації. Він виступає в ролі соціального адвоката, коли представляє інтереси клієнта або групи клієнтів, наприклад при встановленні або позбавленні батьківських прав, опікунства, тощо.

Фахівець виконує свої ролі, працюючи в соціальних службах установ, підприємств і організацій різних відомств, в освітніх, культурних і медичних установах, будинках, мікрорайонах або зонах соціального обслуговування сімей, а також займаючись приватною практикою. Дії фахівця в його професійних ролях представляють сукупність конкретних операцій, необхідних для реалізації цілого ряду професійних функцій.

За змістом діяльності фахівця соціальної роботи виділяють такі функції:

- організаційну (організація соціальних служб, залучення до їх роботи громадськості та спрямування діяльності на надання різних видів допомоги і соціальних послуг);

- посередницьку (забезпечення сприяння й участі в рішенні проблеми органів влади та інших соціальних установ); - правозахисну (використання законів та їх правових актів для захисту прав клієнта і надання йому допомоги);

- інформаційну (забезпечення нужденних у соціальній допомозі інформацією про соціальні послуги);

- психологічну, педагогічну, соціально-медичну, соціально-побутову (виявлення необхідності та сприяння в наданні відповідної допомоги різним категоріям населення) та інші.

За використовуваними технологіями виділяють наступні функції:

- діагностичну (постановка соціального діагнозу, визначення змісту проблеми групи або індивіда);

- прогностичну (прогнозування розвитку соціальних процесів і вироблення моделей соціальної поведінки);

- профілактичну (приведення в дію механізмів попередження негативних соціальних явищ);

- реабілітаційну (організація роботи із соціальної адаптації та реабілітації) та інші.

Виконуючи різні професійні ролі та функції, фахівець виробляє особливий стиль поведінки, систему власної унікальної діяльності з надання соціальної допомоги й підтримки клієнта.

Велике значення для успішної професіоналізації має спрямованість фахівця із соціальної роботи, яка складається із системи цінностей та мотивації його діяльності. Вона обумовлює професійну придатність до практичної соціальної роботи.

Цінності – це ідеї, переконання на які фахівець спирається при прийнятті рішень. Розрізняють цінності альтруїстичного характеру (допомога, підтримка, захист), цінності етичної відповідальності (гідність і цілісність професії) та цінності, пов'язані з потребами самореалізації, самоствердження, самовдосконалення і досягнення професіоналізму.

Головним внутрішнім стимулом праці в соціальній сфері є альтруїстична мотивація – бажання фахівців із соціальної роботи приносити користь своїм клієнтам і суспільству. Також до значимих внутрішніх стимулів відносять можливість постійного прояву самостійності, ініціативи і

творчості в роботі. До зовнішніх стимулів належить суспільне визнання важливості професії соціального працівника, усвідомлення необхідності її здійснення для підвищення соціального здоров'я і благополуччя громадян, прояв поваги з боку оточуючих.

Стиль поведінки, професійна компетентність фахівця із соціальної роботи обумовлені сукупністю його професійних знань, умінь, навичок; комплексом психологічних особливостей та професійно важливих якостей та здібностей. Здатність досягати найвищих успіхів в професійній діяльності багато в чому залежить від самооціночних здібностей (самоконтроль, самовдосконалення, самоосвіта).

Фахівець повинен бути психологічно готовим до діяльності в соціальній сфері, мати сформоване професійне мислення, вміти самостійно аналізувати конкретну ситуацію, оцінювати можливі наслідки та брати відповідальність за обрані рішення, які часто пов'язані з життям людини.

Професійно важливі психологічні якості:

1) психічні: особливості психічних процесів (пам'яті, мислення, сприймання, відчуття, уяви); увага, як стан свідомості та умова виконання діяльності; психічні стани (працездатність, енергійність, ініціативність, стресостійкість, низький рівень тривожності); емоційно-вольові прояви (стриманість, наполегливість, послідовність, імпульсивність та ін.

2) інтелектуальні: соціальний інтелект (здатність аналізувати стани інших людей, передбачати розвиток подій); творче мислення (здатність приймати нестандартні рішення, діяти у невизначених ситуаціях); аналітичність, реалістичність, інтуїтивність, прогностичність, критичність, гнучкість мислення; ерудиція та кругозір; достатній освітній рівень та ін.;

3) професійна самосвідомість: самоконтроль, самокритичність, адекватна самооцінка, прагнення до самовдосконалення й самоосвіти, самонавіюваність, уміння керувати власними емоціями та поведінкою, змінювати власні стани.

Професійно важливі морально-етичні та вольові якості:

- емпатійність (здатність до співчуття, співпереживання, відчуття настрою людини, розуміння її внутрішнього світу);
- делікатність, тактовність, уважність до клієнта (звернення уваги на настрій клієнта, його самопочуття, дотримання принципу «не зашкодь»);
- терпимість (повага до інтересів, переконань, ідеалів, потреб, звичок інших людей, сприймання людини такою якою вона є, з її правом на обраний спосіб життя);
- витримка і терплячість (контроль над власними емоціями на виклики роздратованості, агресивності та ін.);
- висока духовна культура й моральність, етична поведінка, гуманність, милосердя, чуйність, безкорисливість (спрямованість на інтереси, потреби і захист людської гідності клієнта, бажання допомогти, симпатія до інших);
- чесність (правдивість у поясненні становища клієнта, можливостей вирішення його проблем, можливих труднощів);
- об'єктивність та справедливість (рівне ставлення до клієнта, не зважаючи на власні симпатії, адекватне оцінювання його проблем);
- моральна чистота в професійних справах, конфіденційність (уміння зберігати таємницю, якщо вона не несе загрозу іншим людям);
- порядність, відповідальність (моральна відповідальність за свою поведінку і наслідки власних дій),
- емоційно-позитивне ставлення до людей: доброзичливість, доброта, любов до людей, оптимізм (уміння сприймати людину як самоцінність, формувати позитивні почуття до неї, вселяти надію на краще).

Професійно-операційні якості та здібності:

1) професійні знання: теоретичні (з психології, педагогіки, соціології, медицини, права, геронтології та ін.) та практичні (володіння технологіями соціальної роботи), уміння застосовувати теоретичні знання на практиці, навички роботи з різними категоріями клієнтів, що знаходяться в різних умовах і ситуаціях;

2) організаторсько-комунікативні здібності: уміння швидко встановлювати контакт з людьми, виявляти їх установки, очікування; атрактивність (привабливість особистості, уміння вислухати клієнта та спрямувати бесіду в конструктивне русло); уміння викликати симпатію і довіру співрозмовника й створювати сприятливу атмосферу у взаємовідносинах з ним; красномовство (уміння впливати і переконувати).

Сукупність особистісних якостей, що змінюються в процесі професійного становлення, утворюють комплекс професійних здатностей фахівця із соціальної роботи, які виступають операційними механізмами рішення проблем клієнтів.

Нормою регулювання професійної діяльності та результатом самореалізації особистості в цій діяльності виступає професіоналізм, що характеризується стійким рівнем знань, умінь і навичок, який дозволяє досягати ефективності й успіху.

Професіоналізм фахівця із соціальної роботи включає: здатність аналізувати ситуацію, правильно її сприймати, брати до уваги всі існуючі альтернативи та робити необхідний вибір; уміння встановлювати контакт з людьми, здійснювати диференційований підхід до клієнтів; здібність управляти діяльністю соціальної служби, використовувати в соціальній роботі технології проектування, моделювання та інші.

Серед компонентів професіоналізму особливе значення має його комунікативна складова. Оскільки різноманіття форм взаємодії в соціальній роботі проявляє себе через численні форм соціальної комунікації, вона пронизує всі сторони професійної діяльності фахівця. Через комунікативні акти встановлюється контакт та вибудовується система відносин з клієнтом, відбувається спілкування, здійснюється розуміння й пізнання його проблем.

Соціальна комунікація – це двосторонній процес обміну інформацією та спосіб дії в суспільстві, що веде до взаєморозуміння його учасників.

Розрізняють три основні моделі соціальної комунікації: лінійну, за якої комунікант (хто передає інформацію або повідомлення) активно діє, а

реципієнт (кому передається інформація) пасивно сприймає цю дію; інтерактивну, за якої встановлюється зворотний зв'язок між комунікантом і реципієнтом, що дозволяє їм краще адаптуватися один до одного; трансакційну, що характеризується активною взаємодією з постійно діючим зворотним зв'язком.

У соціальній роботі використання інтерактивної та трансакційної моделей комунікації пов'язане з реалізацією ідеї соціального партнерства. Клієнт як об'єкт та суб'єкт соціальної роботи повинен брати активну участь в процесі вирішення власної проблеми, співпрацюючи з фахівцем. Умовою ефективного спілкування із клієнтом є якісно-оптимальний рівень взаємодій з ним. Високий рівень професійного спілкування вимагає використання цілого комплексу знань, навичок й умінь. Вони стосуються організаційно-управлінського компоненту комунікації (уміння контролювати хід і результат спілкування); її когнітивного компоненту (уміння використати інструментарій спілкування); емоційно-особистісного компоненту (уміння проявляти емпатію в процесі спілкування).

Спілкування виражається у взаєминах наступних типів [5, 206]:

- 1) «Я – Я» (індивідуально-особистісний тип спілкування);
- 2) «Я – Ми» (індивідуально-колективний тип);
- 3) «Ми – Ми» (колективно-суспільний тип).

Соціальний працівник повинен уміти вислухати й зрозуміти, пояснити й довести, запитати й відповісти, переконати, створити атмосферу довіри в бесіді, знайти індивідуальний психологічний підхід до клієнта, розв'язати конфлікт, зняти напругу. В основі такої діяльності лежить комунікативна техніка спілкування, володіння якою є важливою ознакою професійної придатності фахівця із соціальної роботи. Характеристики, що складають професійний портрет фахівця з погляду володіння ним комунікативною технікою, називають комунікативною професіограмою.

Фахівець із соціальної роботи повинен:

- знати мовний етикет і вміти його використати;

- уміти формулювати цілі і завдання ділового спілкування;
- організовувати спілкування й управляти ним;
- аналізувати предмет спілкування, розбирати скаргу, заяву, ставити питання й конкретно відповідати на них;
- володіти навичками й прийомами ділового спілкування, його тактикою й стратегією;
- уміти вести бесіду, співбесіду, ділову розмову, диспут, полеміку, дискусію, діалог, дебати, круглий стіл, ділову нараду, ділову гру;
- мати навички доводити й обґрунтовувати, аргументувати й переконувати, критикувати й спростовувати, досягати угод і рішень, компромісів і конвенцій, робити оцінки й пропозиції;
- володіти технікою мовлення, риторичними прийомами й фігурами, уміти правильно будувати промову й інші публічні виступи;
- уміти за допомогою слова проводити психотерапію, знімати стрес, страх, адаптувати клієнта до відповідних умов, коректувати його поведінку й оцінки.

Таким чином, завдання фахівця із соціальної роботи полягає у тому, щоб допомогти клієнтові знайти себе, знайти своє місце в динамічно мінливому світі, зорієнтуватися в нових соціальних відносинах, і спілкування є важливим інструментом у цьому процесі.

Фахівець із соціальної роботи повинен мати навички саморегуляції, самоорганізації (уміти опановувати свої думками, почуття, поведінку, проводити самоспостереження), що є основою самовдосконалення й професійного росту. В особливих, важких або екстремальних умовах діяльності, коли зовнішні або внутрішні фактори викликають порушення нормальної діяльності функціональних систем, виникає природна потреба відновити рівновагу, збалансованість психічних процесів. У результаті усвідомлення ситуації з'являється мотив тієї або іншої дії з метою пристосування до нестандартної обстановки, відбувається активізація системи психічної саморегуляції, виникає потреба «зібратися»,

«мобілізуватися», «перебудуватися». Це характерно для початку рефлексії, коли найчастіше запускається механізм самоаналізу й самооцінки, вироблення й прийняття рішень.

Отже, професійне становлення – це продуктивний процес розвитку і саморозвитку особистості, освоєння та самопроектування професійно орієнтованих видів діяльності, визначення свого місця у світі професій, реалізація себе в професії й самоактуалізація свого потенціалу для досягнення вершин професіоналізму.

Дієвість професійного становлення фахівця із соціальної роботи залежить від наступних умов: психологічної відповідності вимогам професії; спрямованості на діяльність у соціальній сфері (наявність стійкого інтересу і схильності до професії); змісту й технологій професійно-освітнього процесу в навчальному закладі та інших.

Професійна самосвідомість є провідним чинником, який зумовлює професіоналізація майбутніх фахівців із соціальної роботи. На початкових стадіях професійного становлення вирішальне значення мають протиріччя між особистістю й зовнішніми умовами життєдіяльності. На стадіях професіоналізації й особливо професійної майстерності провідного значення набувають протиріччя внутрісуб'єктного характеру, що обумовлені внутріособистісними конфліктами, незадоволенням своїм професійним рівнем, потребою у саморозвитку, самоздійсненні, професійному зростанні. Розв'язання цих протиріч приводить до знаходження нових способів виконання професійної діяльності й, відповідно, підвищення професійного рівня.

4. Етика соціального працівника.

Необхідність у етичній регламентації професійної поведінки і діяльності виникає тоді, коли відповідно до специфіки діяльності від представників професії вимагається підвищена моральна відповідальність,

що регламентується додатковими, жорсткішими нормами поведінки і коли не діють взагалі або слабкі внутрішні імперативи, що визначаються не лише суттю і змістом професії, але і ціннісними орієнтаціями і високими моральними принципами її представників.

Основними причинами цього явища є:

1. Загальне падіння духовності й моральності, втрата позитивних ціннісних орієнтацій.
2. Низький статус і престиж соціальної роботи.
3. Відсутність добре розробленої власної системи соціальної роботи з врахуванням менталітету народу.
4. Значна залежність соціальної роботи від зовнішніх інститутів, що обумовлює неможливість поділу системи цінностей, яка сповідується державою, місцевими органами влади, станом економіки.
5. Відсутність відповідної етичної регламентації.
6. Необхідність етичної орієнтованості діяльності соціального працівника:
 - в очах колег і суспільства;
 - неможливість використання результатів діяльності проти людей;
 - прагнення не дискредитувати соціальну роботу;
 - неможливість застосування принципу «мета виправдовує засоби» у соціальній роботі;
 - взаємозв'язок між діяльністю соціального працівника та її кінцевим результатом
7. Необхідність вміння соціального працівника розуміти клієнта, співпереживати, бути чуйним, делікатним що обумовлюється:
 - своєрідністю соціальної роботи;
 - серйозністю проблем у житті клієнтів;
 - поєднанням в особі соціального працівника високого рівня професійної кваліфікації та особливих духовних якостей;

– почуттям високої моральної відповідальності, готовності до виконання свого обов’язку.

8. Високий рівень індивідуалізації праці у зв’язку з автономністю у роботі соціального працівника (діяльність здійснюється переважно “один на один”), необхідністю володіння особливими навиками і чіткого дотримання етичних норм і правил поведінки.

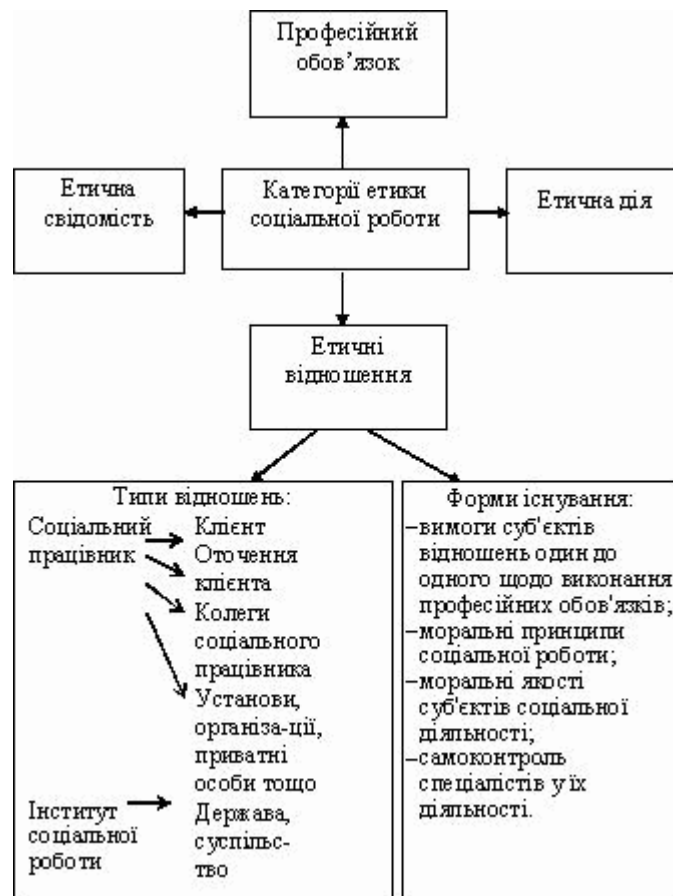
9. Творчий характер діяльності соціального працівника (розуміння і сприйняття суті професії; неможливість формалізувати всі процеси).

Етика соціальної роботи, як і будь-яка інша наука, має свої основні категорії.

Категорія (з грец.) - ствердження, основна й загальна ознака; загальне фундаментальне поняття даної науки.

До категорій етики соціальної роботи належать: етична свідомість, етичні відношення, етична дія та професійний обов’язок.

Відношення – категорія, яка відображає один з об’єктивних моментів взаємозв’язку речей. Відношення відображає взаємозумовленість компонентів дійсності в процесі розвитку. Етичні відношення етики соціальної роботи існують у типах та формах.



Свідомість – відношення до світу через систему знань. Завдяки свідомості людина в процесі діяльності не тільки дістає інформацію про сучасне, а й передбачає майбутнє, не лише відображає наявне, а й конструює належне. Вихідним пунктом людського ставлення до світу є перетворення його відповідно до людських потреб, що виливається у форму діяльності — створення ідеальної моделі бажаного майбутнього, визначення мети і засобів, розробка програми діяльності. Завдяки свідомості людина здатна відтворювати дійсність через мислення, піддаючи ідеальному випробуванню різноманітні моделі можливих ситуацій.

Етична свідомість соціального працівника – відображення соціального буття і діяльності, яке виникає у процесі професійних відношень. Ця свідомість є суб'єктивним відображенням моралі, оскільки об'єктивна соціальна необхідність і суспільні потреби відображаються у свідомості спеціаліста як ідеї про необхідну (відповідну) поведінку і діяльність. Особлива форма усвідомлення спеціалістом соціальної необхідності набуває

специфічного морального підґрунття: поведінка і діяльність розглядається не з точки зору їх необхідності, а з точки зору їх моральної цінності.

Моральні норми, які регулюють професійну поведінку, та відношення, що виникають у процесі професійної діяльності, у соціальній роботі виконують певні функції.

Функція – зовнішній прояв властивостей якогось об’єкта у даній системі відношень.

Функції етики професійної роботи визначаються значною кількістю факторів, основними з яких є сутність, зміст і спрямованість професії.

Основні функції етики соціальної роботи

Оціночна	дає можливість оцінювати з точки зору відповідності моральним нормам і принципам поведінку, дії, цілі, завдання учасників процесу, їх прагнення, наміри, обрані засоби досягнення мети і кінцеві результати
регулятивна	регулює поведінку і дії соціального працівника у різних формальних і неформальних ситуаціях, щоб вони гармонійно вписувались у діяльність всієї професійної групи й відповідали суті професії
організаційна	служить покращенню організації соціальної роботи, вимагаючи від учасників процесу діяльності творчого виконання своїх обов’язків та професійного обов’язку
Керівна	засіб соціального керівництва поведінкою і діями соціального працівника у ході процесу в інтересах справи
мотиваційна	засіб формування соціально і професійно схвальних мотивів діяльності
координуюча	забезпечує співробітництво всіх учасників процесу надання соціальної допомоги клієнту, яке будується на основі довір’я і взаємної допомоги
регламентуюча	спрямовує і обумовлює вибір соціальними працівником чи соціальною службою цілей, методів та засобів надання допомоги клієнту
відтворююча	дозволяє відтворювати дії соціальних працівників і відношення соціальних працівників між собою та з клієнтами на основах моралі
Виховна	засіб виховання та вдосконалення особистості соціального

	працівника, його клієнта та соціального оточення клієнта
комунікативна	засіб комунікації між спеціалістами та їх клієнтами
оптимізує	сприяє підвищенню ефективності та якості соціальної роботи, підвищенню статусу професії в суспільстві, рівня його моральності
стабілізує	сприяє стабілізації усіх типів відношень, у які вступає соціальний працівник
раціоналізує	полегшує соціальному працівнику вибір цілей, методів, засобів впливу, найефективнішого та сприйнятливого з точки зору професійної моралі рішення
превентивна	застерігає, захищає соціального працівника від вчинків та дій, що завдають шкоди клієнту та суспільству
прогностична	дозволяє прогнозувати дії та поведінку окремих соціальних працівників та їх колективів, їх етичний розвиток
Вирішення протиріч	сприяє уникненню, вирішенню й згладжуванню протиріч, що виникають у процесі соціальної роботи між її суб'єктами та об'єктами
інформаційна	залучає соціальних працівників до системи цінностей професійної соціальної роботи та професійної моралі
Соціальна	сприяє створенню умов, сприятливих для здійснення соціальної роботи в суспільстві
соціалізує	служить справі залучення соціального працівника до пануючої у суспільстві системи цінностей та моралі

Контрольні питання:

1. Виходячи із змісту соціальної роботи, які професійні функції виконує соціальний працівник:
2. Назвіть основні види соціальної роботи.
3. Якими посадовими обов'язками наділений спеціаліст із соціальної роботи?
4. Виділіть основні професійно важливі психологічні якості соціального працівника.

5. На вашу думку, якими морально-етичними та вольовими якостями має володіти соціальний працівник?
6. Які основні функції етики соціальної роботи ви знаєте? Дайте ним характеристику.

Теми для рефератів:

1. Соціальна комунікація, її моделі.
2. Професіоналізм фахівця із соціальної роботи.
3. Етика соціального працівника.
4. Соціальна робота в Україні.
5. Індивідуально-професійні характеристики соціального працівника.

Література:

1. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників / М-во праці та соц. політики України. Вип. 80: Соціальні послуги – Краматорськ: Центр продуктивності, 2005. – 74 с.
2. Медведева Г.П. Этика социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 1999.
3. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. – М. : ИНФРА, 2001. – 395 с.
4. Соціальна роботи: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. А. Й. Капської. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
5. Филатова Е. В. Теория социальной работы: Учебное пособие / Е. В. Филатова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. – 96 с.
6. Фирсов М. В. Теория социальной работы: Учебное пособие для студентов. высш. учеб. Заведений / М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 432 с.

7. Этика социальной работы: Материалы методологического семинара. – М.:СТИ, 2000. Ярская-Смирнова Е. Профессиональная этика социальной работы. – М., 1998.

Лекція № 2.

Тема 2. «Профілактика професійних ризиків у соціальній роботі».

1. Поняття професійних ризиків
2. Характеристика емоційного вигорання як професійної деформації особистості соціального працівника
3. Профілактика професійних ризиків

1. Поняття професійних ризиків.

Поняття професійного ризику використовується для характеристики рівня безпеки людини у сфері професійної діяльності.

Професійний ризик – це ймовірність пошкодження (втрати) здоров'я або смерті внаслідок несприятливого впливу факторів виробничого середовища і трудового процесу, пов'язана з виконанням обов'язків за трудовим договором (контрактом) та в ряді інших, встановлених законодавством випадках .

Професійний ризик складається з трьох основних складових:

Перша складова – ризик ушкодження здоров'я внаслідок нещасних випадків на виробництві різного ступеня тяжкості, включаючи необхідність переведення на іншу роботу, тимчасову або стійку втрату професійної працездатності або летальний результат. До нещасних випадків на виробництві відносяться травми, гострі отруєння, теплові удари, опіки, обмороження, ураження електричним струмом і т.п., що сталися протягом робочого часу, часу необхідних дій перед початком або закінченням роботи, під час понаднормових робіт, робіт у святкові та вихідні дні на території або поза територією організації, при проходженні до місця роботи або повернення з неї на транспорті, наданні неї роботодавцем і в ряді інших випадків.

Друга складова професійного ризику - ризик професійних захворювань, що є результатом впливу шкідливих і небезпечних виробничих факторів і обумовленої ними тимчасової або стійкої втрати працездатності. Виділяють гострі професійні захворювання - виникли після одноразового (протягом не більше однієї зміни) впливу шкідливих і небезпечних виробничих факторів, інтенсивність яких значно перевищує ГДК (ПДУ), і хронічні, виникають-рілі після багаторазового і тривалого впливу шкідливих виробничих факторів.

Ці два елементи складають так званий проявлений професійний ризик. Разом в тим в рамках розробки теоретичних основ професійного ризику зроблено важливий висновок про наявність і третього його елемента.

Третя складова – ризик пошкодження здоров'я шкідливими факторами виробничого середовища, важкості, напруженості трудового процесу і обґрунтовано, що збиток від нього характеризується часом скорочення тривалості життя.

Професійний ризик в силу багатоаспектності його проявлення можна розглядати з різних позицій:

- **медицини:** професійний ризик обумовлений постійним впливом шкідливих і небезпечних виробничих факторів та факторів процесу труда; основною задачею є виявлення закономірностей виникнення професійних захворювань, розробка профілактичних мір, причому рівень ризику встановлюється для певних професійних груп;

- **соціально-економічної:** професійний ризик розглядається як причина тимчасового або постійного припинення трудової діяльності працівника і, як наслідок, необхідність забезпечення соціального захисту, що пов'язано з оцінкою засобів, необхідних для компенсації його наслідків у зв'язку з погіршенням здоров'я та втратою працездатності працівника;

- **охорони праці:** професійний ризик розглядається в аспекті виявлення факторів ризику виробничого травматизму: виду виробництва, техніки, технології, організації праці, професійної підготовки, а також проведення профілактичної роботи з охорони праці, розробки технічних та організаційних мір по зниженню рівня фактору ризику.

У міжнародній практиці розповсюдженим підходом до оцінки професійних ризиків є так звана "п'ятикрокова система":

Крок 1 - Ідентифікація небезпек, які приводять до ризику. На цьому етапі вимагається розглянути на робочому місці усі потенційно небезпечні фактори, а також визначити робітників, що можуть зазнати небезпеку.

Крок 2 – Оцінювання та "ранжирування" ризиків.

Крок 3 – Визначення превентивних мір. На цьому етапі необхідно ідентифікувати відповідні міри для виключення або управління ризиками.

Крок 4 – Прийняття мір. Реалізація цього кроку полягає у складанні плану реалізації захисних і превентивних мір та визначенні умов їх виконання.

Крок 5 – Моніторинг та перевірка. Оцінку слід проводити регулярно, результати повинні переглядатися у разі значних змін в організації виробництва та при нещасних випадках.

Для оцінки професійного ризику на підприємствах багатьох країн світу користуються так званим методом Файна-Кінні (The Fine and Kinney method), який базується на комбінації ступеня схильності робітника до впливу шкідливого фактору на робочому місці, ймовірності виникнення загрози на робочому місці та наслідків для здоров'я і/або безпеки робітників у разі здійснення загрози:

$$R = \text{схильність} \times \text{ймовірність} \times \text{наслідки}$$

В методі Файна-Кінні складові варіюються у межах:

Схильність (0 – 10)

0 – ніколи

0,5 – дуже рідко

1 – рідко (кожного року)

2 – іноді (кожного місяця)

3 – час від часу (кожного тижня)

6 – регулярно (щодня)

10 – постійно

Ймовірність (0 – 10)

0 – абсолютно неможливо

0,1 – неможливо

0,2 – майже неможливо

0,5 – можливо уявити, але неймовірно

1 – неймовірно

3 – незвичайно, але можливо

6 – дуже ймовірно

10 – очікувано, це трапиться

Наслідки (1 – 100)

1 – мінімальні, достатньо надати першу допомогу

3 – серйозні, травма та невихід на роботу

7 – тяжкі, інвалідність

15 – дуже тяжкі, одна людина загинула (одразу чи через деякий час)

40 – аварія, декілька жертв

100 – катастрофа, багато жертв

Згідно методу Файна-Кінні, професійний ризик класифікується за п'ятьма групами:

1 – дуже легкий ризик

2 – невеликий ризик

3 – середній ризик

4 – високий ризик

5 – край високий

Розрізняють попередню і остаточну оцінку професійного ризику. Попередня оцінка професійного ризику - оцінка умов труда при атестації робочих місць. Атестація робочих місць за умовами труда є 1-м етапом оцінки професійного ризику. Критерієм безпечних УП є збереження життя, здоров'я працівників і здоров'я майбутніх поколінь. Використовують дані про професійну і загальну захворюваність, інвалідність, смертність тощо.

При цьому визначення міри ризику (медичні, соціальні, економічні аспекти) і розробка відповідних управлінських заходів регламентується шестиступінчастою процедурою прийняття і реалізації рішень:

- визначаються альтернативні шляхи мінімізації ризику;
- вибирається оптимальний варіант рішення з урахуванням економічних і соціальних критеріїв ефективності заходів, що пропонуються;
- розробляються правові і економічні механізми регулюючих впливів;

- здійснюється поточний контроль при проведенні узгоджених і впорядкованих під часі заходів;
- проводиться уточнення і вдосконалення управлінських впливів за допомогою оцінки ефективності заходів (зворотний зв'язок і самонастрій).

У системі управління професійними ризиками можна виділити три групи цих підсистем, кожна з яких вирішує свої завдання: моніторинг (спостереження і контроль за джерелами професійного ризику – станом виробничої сфери, технікою і технологією); профілактика (конкретні заходи щодо зниження рівнів ризику); соціальний захист потерпілих на виробництві за допомогою соціального страхування.

2. Характеристика емоційного вигорання як професійної деформації особистості соціального працівника.

Аналіз роботи сучасних науковців показує, що більшість посадових осіб та соціальних працівників працюють у доволі неспокійній, емоційно напруженій атмосфері, що вимагає постійної уваги й контролю за діяльністю і взаємодією з людьми. За таких умов стрес спричиняється безліччю стресогенів, які безперервно накопичуються в різних сферах життєдіяльності. Наразі почуття контролю над тим, що відбувається, може мати вирішальне значення. Якщо посадовець або працівник реагує адекватним, адаптивним чином, він успішніше й ефективніше діє та підвищує свою функціональну активність і впевненість, натомість як дезадаптивні реакції ведуть по спіралі вниз, до «професійного вигорання». Коли вимоги (внутрішні та зовнішні) постійно переважають над ресурсами (внутрішніми й зовнішніми), у людини порушується стан рівноваги. Безперервне або прогресуюче порушення рівноваги неминуче призводить до «професійного вигорання». «Вигорання» є не просто результатом стресу, а наслідком некерованого стресу.

Існує сумна тенденція роботодавців і співробітників негайно покладати відповідальність за «професійне вигорання» на індивіда. Однак значна кількість важливих компонентів стресу притаманна професії чи посаді, серед яких професія державного службовця займає одне з провідних місць. «Професійне вигорання» є кінцевим результатом сукупності факторів оточення, в якому людина працює, отриманої освіти, характеристик установи й особистісних моментів.

Однією з форм психологічного захисту суб'єкта професійної діяльності від надмірного напруження є синдром «емоційного вигорання», що припускає повне або часткове виключення емоцій у відповідь на обрані впливи, які травмують психіку. «Емоційне вигорання» – термін, яким психологи-дослідники професійної сфери життєдіяльності людини позначають ситуацію, коли працівники комунікаційних, допоміжних професій, де особиста відповідальність перевищує зовнішній контроль, після кількох місяців чи років сумлінного виконання своїх обов'язків «вигоряють», виявляючи ознаки знервованості, напруженості, апатії.

Професійна діяльність часто супроводжується професійними стресами. Поняття “професійний стрес” може бути визначено як багатовимірний феномен, який виражається у фізіологічних і психологічних реакціях на складну професійну ситуацію. Як наслідок довготривалих професійних стресів середньої інтенсивності розглядається синдром “професійного вигорання”.

Синдром «професійного вигорання» – один із проявів стресу, з яким стикається людина у власній професійній діяльності. Цей термін — загальна назва наслідків тривалого робочого стресу і певних видів професійної кризи. Оскільки дані сучасних досліджень унаочнили те, що «професійне вигорання» можна вирізнити від інших форм стресу не лише концептуально, а й емпірично, виникла необхідність у систематичних наукових дослідженнях цього синдрому.

Синдром “професійного вигорання” є складовою частиною професійної деформації особистості. **Професійна деформація** – це зміна якостей особистості (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування і поведінки), які настають під впливом тривалого виконання професійної діяльності. Внаслідок нерозривної єдності свідомості і специфічної діяльності формується професійний тип особистості. Професійна деформація особистості - зміна якостей особистості, що настає під впливом виконання професійної діяльності, проявляється у професійному жаргоні, манерах поведінки, фізичному вигляді. Професійна деформація особистості – це перелік явищ соціально-психологічного характеру, до яких відносяться всі порушення норм (морально - етичних, правових, діяльнісно-службових тощо), і які може зробити тільки суб'єкт-професіонал, фахівець у певній сфері.

Найбільший вплив професійна деформація надає на особистісні особливості представників тих професій, робота яких пов'язана з людьми (чиновники, керівники, працівники з кадрів, педагоги, психологи). Професійна деформація виступає як результат негативного впливу на службовця, його професійну діяльність, соціальних відносин, проблем, залежностей у службовій ієрархії, які переломлюються в суб'єктно-об'єктних характеристиках середовища, ситуації, поведінкових актах співробітника, а також виступає як результат нормативно-об'єктної і суб'єктної детермінації особистості в конкретний момент життєдіяльності. Професійна деформація посадових осіб постає як багаторівнева система адаптації особистості до умов професійної діяльності і як спосіб активного перетворення власної життєдіяльності в конкретній ситуації, відповідно до психологічного досвіду особистості освіти.

Рівні професійної деформації:

1. Загальнопрофесійні деформації. Наприклад, розвиваються синдром "асоціальної перцепції" (представники правоохоронних органів), синдром "вседозволеності" менеджери).

2. Спеціальні професійні деформації. Наприклад, у лікарів різних спеціальностей можуть проявлятися черствість, байдужість.

3. Професійно-типологічні деформації, пов'язані з психологічними особливостями особистості: темпераментом, характером, здібностями. Наприклад, деформації, зумовлені рисами характеру: владолюбство, домінантність, індіферентність або деформації, що розвиваються на основі деяких здібностей організаторських, комунікативних, такі як комплекс переваги, завищена самооцінка, нарцисизм тощо.

4. Індивідуальні деформації, пов'язані з особливостями працівників найрізноманітніших професій. У процесі реалізації професійної діяльності відбувається до виникнення акцентуацій, наприклад, надміру відповідальності, надчутливість, гіперактивність, трудовий фанатизм, професійний ентузіазм і іншим.

Причин для професійної деформації безліч, ось основні з них:

- Монотонність роботи, особливо якщо її сенс здається сумнівним.
- Вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатності визнання.
- Суворе регламентація часу роботи, особливо при нереальних термінах її виконання.
- Напруженість і конфлікти у професійному середовищі, недостатня підтримка з боку колег і їх зайвий критицизм.
- Брак умов для самовираження особистості на роботі.
- Робота без можливості подальшого навчання та професійного вдосконалення.
- Недозволені особистісні конфлікти.

Емоційне виснаження виступає основною складовою емоційного вигорання і проявляється у зниженні емоційного фону, байдужості або емоційному перенасиченні. Деперсоналізація проявляється у деформації відносин з іншими людьми в межах виконання робочих функцій. Редукція особистісних досягнень може проявлятися у тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення та успіхи, або у обмеженні своїх можливостей чи обов'язків відносно інших осіб.

В. Бойко визначає "емоційне вигорання" як вироблений організмом механізм психологічного захисту, що проявляється у формі часткового або повного виключення емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи.

Розвиток даного синдрому характерно в першу чергу для професій, де домінує надання допомоги людям (медичні працівники, вчителі, психологи, соціальні працівники, рятувальники, працівники правоохоронних органів, пожежники). Синдром емоційного вигорання розглядається як результат несприятливого дозволу стресу на робочому місці.

Виділяють три ключові ознаки синдрому емоційного вигорання:

1. граничне виснаження;
2. відстороненість від клієнтів (пацієнтів, учнів) та від роботи;
3. відчуття неефективності і недостатності своїх досягнень.

Розвитку синдрому емоційного вигорання, передують період підвищеної активності, коли людина повністю поглинений роботою, відмовляється від

потреб, з нею не пов'язаних, забуває про власні потреби, потім настає перша ознака - виснаження. Виснаження визначається як почуття перенапруги та виснаження емоційних і фізичних ресурсів, почуття втоми, не проходить після нічного сну. Після періоду відпочинку (вихідні, відпустка) дані прояви зменшуються, однак після повернення в колишню робочу ситуацію поновлюються.

Другою ознакою синдрому емоційного вигорання є - особистісна відстороненість. Професіонали, які відчують вигорання, використовують відстороненість, як спробу впоратися з емоційними стресорами на роботі зміною свого співчуття до клієнта через емоційне відсторонення. У крайніх проявах людини майже нічого не хвилює з професійної діяльності, майже ніщо не викликає емоційного відгуку - ні позитивні обставини, ні негативні. Втрачається інтерес до клієнта, він сприймається як неживий предмет, сама присутність якого часом неприємно.

Третьою ознакою синдрому вигорання є - відчуття втрати власної ефективності або падіння самооцінки в рамках вигорання. Люди не бачать перспектив для своєї професійної діяльності, знижується задоволення роботою, втрачається віра у свої професійні можливості.

Таким чином, взаємовплив особистості та професії багатогранні, складні і неоднозначні. Для більшості людей саме їх професії надає великі можливості для задоволення їх потреб, виявлення творчого потенціалу, самоактуалізації. Особистісні особливості кожної окремої людини роблять його професійну працю індивідуально-своєрідним по характеристиках і результатах, однак організм працівника часто чинить опір дії різних впливів, зумовлених специфікою виконуваної роботи і сутністю самої професії.

3. Профілактика професійних ризиків.

Діяльність соціальних працівників вимагає високої інтенсивності розумових процесів, швидкості та великої кількості прийняття рішень, насиченості дій, швидкості реакції на втручання зовнішніх чинників, безперервного спілкування з іншими людьми, різного статусу, різних професійних, і соціальних груп. Людський фактор і неформальні відносини в колективі лише додають емоційну напруженість. Тривале, постійне перебування в стресі неминує розвиває професійні деформації.

В даний час велика увага стала приділятися питанням психологічного здоров'я працівників, почали активно розробляти і застосовувати різноманітні прийоми для боротьби та профілактики професійних деформацій.

Всі заходи, які зазвичай використовують у боротьбі професійними деформаціями, можна розділити на чотири основних напрямки:

1. Пристосування себе до роботи. Часто це називають "професійним зростанням", маючи на увазі за цими словами розвиток у працівника таких якостей, як емпатія, співчуття, співпереживання, розуміння людини, тобто

вдосконалення здібностей прийому і переробки інформації, пов'язаної з іншою людиною. І чим більше абстрактно це буде відбуватися від особистої інформації, тобто від власних поглядів, почуттів, відносини і т.д., тим це буде більш професійно.

Працівник відвідує різні професійно орієнтовані тренінги і семінари для набуття досвіду існування в цих неприродних умовах, іншими словами він "розвиває" свою особистість для того, щоб вона вміщувалася у фахових рамках.

2. Пристосування роботи до себе. Це протилежний напрямок; щось на зразок почуття протесту: не я повинен пристосовуватися до своєї роботи, а вона повинна бути пристосована до мене.

Цей напрямок включає в себе зміну професійних, організаційних та інших рамок, адаптацію їх до себе, до свого організму, до своєї душі. Звичайно, їх можна і потрібно змінювати. Однак, ці зміни - головним чином зовнішні (наприклад, зміна умов праці) і практично не стосуються змісту роботи: незважаючи ні на які зміни.

3. Економічна витрата "емоційного палива". Тут мається на увазі зменшення емоційних затрат, пов'язаних з професійною діяльністю. Серед заходів, спрямованих на підтримання сталого психологічного стану працівника можна назвати різні способи "психологічного захисту", що оберігають співробітника від "залученості в процес"; сюди ж відносяться "контроль контрпереноса", "поділ відповідальності", формалізація і структурування своєї діяльності, використання "технік" та інше. У результаті надмірної фіксації на цьому напрямку в підсумку виходить, що робота стає стандартною, де працівник вже спокійно виконує свої обов'язки.

4. Відновлення. Сюди відносяться заходи, спрямовані на заповнення втрат, які зазнав співробітник, пройшовши через професійні відносини. Сюди також відносяться різні способи компенсації витрачених зусиль і стимулюючі заходи: відстеження результату, отримання подяки від клієнтів, колег, матеріальну винагороду, самопрезентація в середовищі фахівців.

Існує також чимало конкретних способів пройти шлях професійних деформацій:

1. Культивування інших інтересів, не пов'язаних з професійною діяльністю. Тобто у фахівця, щодня повністю віддає себе роботі, немає шансів функціонувати на високому рівні. Найкраще рішення цієї дилеми полягає в тому, щоб поєднувати роботу з саморозвитком, навчанням, дослідженнями, написанням наукових статей.

2. Внесення різноманітності в свою роботу, створення нових проектів та їх реалізація без очікування санкціонування з боку офіційних інстанцій.

3. Підтримання свого здоров'я, дотримання режиму сну і харчування, оволодіння технікою медитації.

4. Задовольняє соціальне життя; наявність кількох друзів (бажано інших професій), у взаєминах з якими існує баланс.

5. Прагнення до того, чого хочеться, без надії стати переможцем у всіх випадках, а також уміння програвати без самознищення і агресивності.

6. Здатність до самооцінки без надії тільки на повагу оточуючих.
7. Відкритість новому досвіду.
8. Вміння не поспішати і давати собі достатньо часу для досягнення позитивних результатів у роботі й житті.
9. Обдумані зобов'язання (наприклад, не слід брати на себе більшу відповідальність за клієнта, ніж робить він сам).
10. Читання не тільки професійної, але й іншої хорошої літератури, просто для свого задоволення без орієнтації на якусь користь.
11. Участь у семінарах, конференціях, де надається можливість зустрітися з новими людьми і обмінятися досвідом.
12. Періодична спільна робота з колегами, значно відрізняються професійно і особистісно.
13. Участь у роботі професійної групи, що дає можливість обговорити виникли особисті проблеми, пов'язані з професійною діяльністю.
14. Хобі, що доставляє задоволення.
15. Виконання психотехнічних вправ.

Заходи щодо усунення або зниження впливу професійної деформації на рівень професійного стресу, продуктивність праці і в цілому на працівника можна розглянути з точки зору того, що організація може зробити для співробітника:

- Організація фізичного середовища:
- Поліпшення умов для відпочинку і прийому їжі.
- Чітке структурування виробничого процесу в часі і просторі.
- Кабінети психологічного розвантаження.
- Залучення працівників при плануванні роботи, різних нововведень, режимів роботи.
- Проведення опитувань з організації виробництва.
- Проведення зборів в колективах.
- Проведення серій семінарів-тренінгів з керівниками середньої і нижчої ланки (по типу "мозкового штурму") по виявленню та вирішенню проблем на виробництві.
- Перекваліфікація та підвищення кваліфікації працівників.
- Аналіз кадрового складу окремих підрозділів по виявленню спеціальностей, які необхідно провести через перенавчання.
- Виділення окремих співробітників, які мають перспективи для зростання (професійного і службового).

У будь-якій професії важливою умовою збереження і зміцнення психічного здоров'я працівника виступає його вміння вчасно "скидати" напругу, знімати внутрішні затиски, розслаблятися.

Контрольні питання.

1. Що розуміють під поняттям професійний ризик?
2. З яких складових складається професійний ризик?
3. Охарактеризуйте кожен складову професійного ризику.
4. Що собою являє «п'ятикрокова система»?

5. Поняття професійної деформації та її причини.
6. Ознаки синдрому емоційного вигорання.
7. Назвіть заходи, які варто вжити з метою запобігання професійного вигорання.

Теми для рефератів.

1. Професійні ризики у соціальній роботі.
2. Поняття професійного вигорання.
3. Професійна деформація.
4. Прийоми захисту від професійних деформацій.

Література:

1. Безносів С.П., Іваницький О.Т., Кікоть В.Я. Професійна підготовка та її вплив на діяльність (проблема професійної деформації). - СПб.: Народна освіта. - 2000. - 156с
2. Бойко В.В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе і на інших. М.: Друк. - 1996. - 241с
3. Борисова М.В. Психологічні детермінанти феномена емоційного вигорання у педагогів // Питання психології. - 2005. - № 2. - 3 96-104.
4. Грановська Р.М. Елементи практичної психології. - Л.: ЛДУ. - 1988. - 560с
5. Кочунас А.А. Психологічне консультування. - М.: "Дашков і Ко". - 2002. - 296 с.
6. Макарова Г.А. Синдром емоційного вигорання // Питання соціального забезпечення. - 2005. - № 8. - С.11-21.
7. Михайлюкова А.В. Особистісні зміни через професійної деформації загрожують спеціалісту втратою цього самого професіоналізму. Діловий Петербург - 2005
8. Назаров Юрій. Про вигорання // Вокруг света. - 2005. - № 1. - С.128
9. Орел В.Е. Дослідження професійної деформації особистості на рівні уявлень про професію // Актуальні проблеми природничих та гуманітарних наук. - 1995. - С.43-57
10. Смирнова В.В. Професійні деформації менеджерів - соціально-психологічний аспект дослідження. Соціальна робота в регіоні: підсумки та перспективи: Матеріали регіональної науково-практичної конференції. - Тюмень: Нафтогазовий університет. - 2006. - С.39-43
11. Теперкіна М. У Способи попередження синдрому "емоційного вигорання" // Вісник Московського університету. Сер.6. Психологія. - 2006. - № 6. - С.35-55.
12. Трунов Д.Г. І знову про "професійної деформації" ... / Психологічна газета. - 2004. - № 6. - С.32-34
13. Трунов Д. Г. Професійна деформація практичного психолога // Психологічна газета. - 2003. - № 1. - С.12-16

14. Трунов Д.Г. Ще раз "про синдром згоряння": екзистенційний підхід // Психологічна газета. - 2005. - № 8. С.41-50

Лекція № 3.

Тема № 3: «Соціальна робота з людьми похилого віку».

1. Проблема старіння населення як соціально-демографічний процес
2. Загальні закономірності та теорія старіння. Види старіння.
3. Роль і місце старості в онтогенезі людини.
4. Соціальні аспекти самотності.
5. Принципи та механізми соціального захисту літніх людей та людей похилого віку.
6. Соціальне обслуговування літніх людей та людей похилого віку.

1. Проблема старіння населення як соціально-демографічний процес.

Перелік найбільших небезпек, що загрожують світу в наступному столітті, вже дуже довгий і відомий. У ньому значаться розповсюдження ядерної, біологічної та хімічної зброї, різні види високотехнологічного тероризму, різкі зміни клімату, фінансові, економічні, політичні світові проблеми і т.д. І все ж є ще одна не цілком усвідомлена загроза - старіння населення розвиненого світу, яка може насправді змінити наше спільне майбутнє серйозніше, ніж будь-яка з перерахованих вище загроз.

Старіння населення – глобальний процес, характерний для всіх країн світу. Показник щорічного збільшення чисельності літніх людей (старше 60 років) – 3,1%. До середини ХХІ століття очікується перевищення числа людей літнього віку над числом дітей в усьому світі; у розвинених країнах людей похилого віку збільшиться вдвічі, а у країнах, які розвиваються – втричі. У розвинених країнах, в яких літні люди складають п'яту частину населення, темп старіння нижчий, ніж в країнах, які розвиваються.

У 1956 р французький демограф А. Сови зазначив, що «серед всіх значущих сучасних явищ старіння населення є найвірогіднішим, найменше оспорюваним і найбільш підходящим для вимірювання і навіть прогнозування».

Процес демографічного старіння населення - явище відносно нове. Йому передувала так звана демографічна революція, основними проявами якої були зменшення показників смертності і швидко прогресуючий спад показника народжуваності. Спочатку ці зміни були відзначені у Франції та Фінляндії. У другій половині ХХ століття демографічна революція охопила всі країни Європи і поширилася на інші континенти.

Найбільш часто використовуваним показником старіння суспільства є частка людей старшого віку в його структурі (цей показник виражається у відсотках). Зазвичай вважають, що нижня межа старості відповідає віку 60 - 65 років. Глибокими стариками вважаються люди у віці 80 років і старше. Частка останніх в структурі суспільства розраховується по відношенню до загальної чисельності населення або по відношенню до кількості людей у віці 60 років і старше.

Демографічне старіння – об'єктивне, незворотне явище, яке спричинює глибокі деформації у соціально-економічному житті усіх країн. Хоча в розвинених країнах процес постаріння населення відбувався поступово, сьогодні ці країни зіштовхнулися із взаємозалежністю проблеми старіння з безробіттям й нестійкістю пенсійних систем. Країни перехідної економіки та країни, які розвиваються, опинилися перед необхідністю вирішувати проблеми розвитку й демографічного старіння одночасно. В зазначених країнах проблеми адаптації до наслідків демографічного старіння ускладнюються проблемами недосконалості соціально- економічної системи, системи зайнятості, пенсійного забезпечення тощо.

Експерти відділу демографії ООН в 1959 р взяли вік 65 років як кордон для вимірювання процесів старіння і запропонували три рівні, що характеризують демографічну структуру населення:

- при наявності 4% осіб старше 65 років - молоде населення;
-) від 4 до 7% - структура зрілого населення;
- більше 7% - старе населення.

За останні 25 років зменшилась чисельність населення України на 9 мільйонів, з 51,8 млн. у 1990 р. до 42,8 млн. у 2015 р. [1]. Починаючи з 1991 року в Україні спостерігається негативний приріст населення (чисельність померлих перевищує чисельність народжених). У 2015 р. скорочення населення має найвищий показник за останні п'ять років – (-5,5) і дорівнює 38242 особам. Найвищий показник скорочення населення – в Чернігівській області (-12,1), що в 2,2 рази вищий, ніж по Україні [2].

Депопуляція в Україні викликана, по-перше, низькою народжуваністю. Малодітність – тенденція об'єктивна, історично зумовлена, породжена суспільним прогресом, характерна, також, для європейських країн. Для простого відтворення населення необхідно, щоб сімейна пара мала 2-х дітей, в Україні цей показник – 1 дитина.

Низька народжуваність в розвинених країнах компенсується підвищенням тривалості життя, його якісним наповненням. Демографічна ситуація в Україні відзначається низькою народжуваністю, низькою тривалістю життя та високою смертністю в працездатний період.

Низький показник тривалості життя характеризує великий відсоток смертей, що відбувається в молодому та середньому віці, проте, «вік доживання» постійно збільшується. Смерть від серцево-судинних захворювань останніми роками стоїть на 1 місці (приблизно 65% загальної кількості померлих), другим «ворогом» людини є новоутворення (приблизно 14%). Велика кількість смертей відбувається із зовнішніх причин (приблизно

6%). Кожна четверта смерть із зовнішніх причин – від навмисних самоушкоджень, кожна п'ята – від убивства, причому, переважна більшість, з невизначених намірів, кожна десята – отруєння алкоголем. Додається до цього, складна ситуація «гібридного» миру, в якій український народ перебуває останній рік, більше 6 тисяч військових та мирного населення загинули на Сході України. Смертність від перерахованих вище причин є свідченням того, що відбувається деградація якості життя населення України (стан неоголошеної війни, економічна криза, неякісне медичне обслуговування, забруднена екологія, постійний соціальний стрес).

До соціальних наслідків постаріння населення належать: збільшення вікових груп у суспільстві та загострення конфліктності їхньої взаємодії; пріоритетність молодого покоління, культивування здоров'я, фізичної сили, підприємливості; інфантилізація як молодих поколінь, так і старих, що проявляється в несамостійності, небажанні брати на себе відповідальність, приймати та реалізовувати рішення; втрата авторитету літніх людей, загострення їхньої самотності та відчуженості від спільноти.

У 2014 році в Україні частка працездатного населення склала 62,7% (16-59 років), частка дітей до 15 років – 15,7%, людей старше 60 років – 21,6%, за віком, кожний четвертий є пенсіонером, кожен п'ятий – старше 60 років, 9,7 млн. – особи, старші 60 років [3, с.11-12].

Соціально-економічними наслідками постаріння населення є абсолютне скорочення робочої сили. Втрата трудового потенціалу, необхідного суспільству для здійснення виробничої діяльності, негативно відбивається на економіці. Звужуються можливості технічного та технологічного розвитку країни.

Підвищення пенсійного віку, як один з кроків запобігання наслідків демографічного старіння застосовується в багатьох розвинених країнах. Середній вік виходу на пенсію в європейських країнах дорівнює 65 рокам.

У результаті зниження показників народжуваності й зменшення смертності серед дорослого населення, спостерігається світовий процес демографічного старіння. В Україні, у порівнянні з європейськими країнами, демографічне старіння має кризовий характер та відбувається на фоні депопуляції, скорочення всіх когорт населення та високої смертності в працездатний період. Внаслідок демографічної кризи знижується життєвий, демографічний та трудовий потенціал, що вимагає вживання особливих заходів реформування соціально-економічної сфери, підвищення доступності та якості медицини, надання різних соціальних послуг і благ, зниження смертності.

2. Загальні закономірності та теорія старіння. Види старіння.

Необхідно чітко розрізняти поняття старіння і старість. **Старість** – закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку. **Старіння** – це руйнівний процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій організму. Старіння представляє собою постійно

розвиваючі і незворотні зміни структур і функцій живої системи. Старіння – це перш за все функція часу, його не можна зупинити. Старість і смерть – неминучі.

Старіння – процес суперечливого розвитку живих клітин від моменту зародження життя до його закінчення. Припущення, що потенційно безсмертні мікроорганізми, позбавлені наукової цінності життя планети як ціле – безмежне, можливостям її розвитку немає меж, але життя в рамках індивідуального існування, обмеженого в часі, не володіє цими властивостями. Для етапу індивідуального розвитку життєві програми запрограмовані, включаючи старіння і закінчення життя-смерть.

Старіння пов'язане зі змінами, що проходять на всіх рівнях організації життєвої матерії. Закономірні вікові зміни організму називають гомеорезом. Визначення гомеореа дозволяє прогнозувати темп старіння – природний, прихований чи повільний.

Існує дві традиційні точки зору на причини розвитку старіння (закономірності):

1. Старіння – генетично запрограмований процес, результат закономірної реалізації програми, закладеної у генетичному апараті.

2. Старіння – результат руйнування організму, викликаний різними факторами, дія яких повторюється і накопичується на протязі всього життя.

Відомий геронтолог В.В. Фролькис писав, що кожна людина легко може визначити відмінність між молодим і старим, але ніхто не може дати вичерпну наукову характеристику суті старіння і механізмів її розвитку. Вчений А. Комфорт підкреслював, що ні одна із висунутих гіпотез не в змозі пояснити старіння.

У даний час існує більш як 200 різних теорій процесу старіння. До прикладу:

1. Вихідною позицією представників так званої теорії зношування є: живі системи старіють під впливом інтенсивних життєвих процесів, а старіння прискорюється чи сповільнюється за законами фізики в залежності від динаміки процесів на рівні клітини, тканин, цілого організму. Вчені цієї теорії доводили, що всі індивіди в популяції мають приблизно однакову тривалість життя, але її межа визначається темпом зношування, при цьому тривалість життя залежить від середньої величини витраченої енергії на 1 кг маси індивіда.

2. Теорія витрачення “життєвої” енергії в клітинах. Представники цієї теорії старіння (М. Бергер) вважають, що кожний організм отримує у спадщину визначену кількість “життєвого фермента”, який з часом витрачається, що наближує організм до смерті.

3. Математична модель старіння і старості дозволила досліджувати старість як закономірні, математичні вимірювані явища, що протікають з поступовим збільшенням захворювань і ймовірності смерті.

4. Інтотоксикаційні теорії старіння. В кінці XIX ст. Ч. Бухард висунув положення “Кожен організм є лабораторією для токсинів”. Вчені вважають,

що старіння представляє собою процес самоінтоксикації в результаті збільшення рівня токсинів у клітині.

5. Теорію дисгармонії представляє концепція внутрішніх протиріч, згідно якої старіння є результатом порушення можливості оновлення клітини.

6. Існує концепція, яка пояснює старіння впливом біофізичних факторів на генетичний апарат клітин і накопичення радіоактивних речовин. Висока концентрація радіоактивних елементів порушує обмінні процеси і викликає процеси старіння в клітині.

Окрім вище перелічених теорій виділяють ще молекулярні, клітинні та нейрогуморальні механізми старіння.

Римський філософ Теренцій Публій вперше висловив думку, що “старість є хвороба”, а Сенека підкреслив, що старість – “невеличкова хвороба”. Гален був переконаний, що старість – це не хвороба, а особливий стан організму і в той же час це не здоров’я, характерне для молодості. Він розміщував старість на півдорозі між хворобою і здоров’ям. Френсіс Бекон вважав, що старість представляє собою хворобу і її треба лікувати.

І. В. Давидовський вважав, що старість може бути ранньою або пізньою виключно з біологічних причин, але як правило, завжди своєчасною, і тільки смерть завжди завчасна.

Види старіння:

Природне (фізіологічне, нормальне) старіння характеризується визначеним типом і послідовністю вікових змін, що відповідають біологічним, адаптаційно-регулятивним можливостям даної людської популяції.

Сповільнене (ретардіроване) старіння відмічається більш повільним, темпом вікових змін. Проявом цього типу старіння є феномен довголіття.

Передчасне (патологічне, прискорене) старіння характеризується раннім розвитком вікових змін чи більш вираженим їх проявом в цей чи інший віковий період.

Даний процес обумовлений як впливом факторів зовнішнього середовища (кліматичних, професійних, соціально-економічних, екологічних, побутових та ін.), так і дією різних, особливо хронічних, захворювань на функції визначених систем і органів людського організму.

Передчасне старіння виявляється на 4-5-му десятилітті, це одна із причин ранньої дезадаптації, обмеження інтересів, незадоволення життям, дестабілізації особистості. На даному етапі важливим завданням геронтології є не тільки будь-яким чином продовжити життя, скільки навчитися своєчасно розпізнавати суттєві ознаки старіння і, головне, контролювати їх розвиток.

3. Роль і місце старості в онтогенезі людини.

Феномен старіння цікавив людей дуже давно. Міфи і легенди про вічну молодість, довголіття і безсмертя супроводжували людство на протязі всієї історії. З впевненістю можна сказати, що вчення про старість бере свій

початок з моменту виникнення медицини. Уже в працях Гіппократа і лікарів його школи виявляються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. Так, на думку Гіппократа, флегматики особливо прийнятні до хвороб старості. Він підкреслював, що люди з холодним темпераментом старіють скоріше. Для холериків, навпаки, старечий вік – самий здоровий період життя. Також було відмічено, що старші люди почувають себе краще літом і на початку осені.

У Древній Греції вперше була розроблена схема гігієнічного режиму для старих людей. В її основу був покладений принцип “все в міру” – зменшення кількості вживання їжі, збереження звичних навичок і поступове припинення активності трудової діяльності.

Школа Гіппократа вперше розмежувала хронологічний вік людини:

- дитинство до 14 років;
- зрілість від 15 до 42 років;
- старість від 43 до 63 р.;
- довголіття від 64 і старше.

Старіння є неминучим елементом розвитку як окремих особистостей, так і всього суспільства. У онтогенезі людини виділяються періоди дитинства, юності, зрілості і старості. Межа між періодом зрілості і початком старості важковловимий. Один з основоположників радянської геронтології - І.В. Давидовський категорично заявляв, що ніяких точних календарних дат настання старості не існує.

Зазвичай, коли говорять про старі людей, керуються віком виходу на пенсію, але останній далеко не однаковий у різних країнах, для різних професійних груп, чоловіків і жінок. На думку ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), більш зручним видається термін «старіючі», що вказує на поступовий і безперервний процес, а не на визначену і завжди довільно встановлюється вікову межу, за якою починається старість.

Існує багато класифікаційних схем, які застосовуються для оцінки віку окремих людей і суспільства в цілому. Зазвичай використовують наступну схему:

допродуктивний вік 0-17 років

продуктивний вік 18-64 роки – чоловіки, 18-59 років - жінки

послепродуктивний вік старше 65 років – чоловіки, старше 60 років - жінки

старість 65-79 років – чоловіки, 60 - 79 років - жінки

глибока старість старше 80 років

У 1963 р. в Києві на семінарі геронтологів і ВООЗ було прийнято таку хронобіологія, тобто вікова періодизація:

молодий вік 18-44 року

середній вік 45 - 59 років

літній вік 60 - 74 роки

старечий вік 75 - 90 років

довголіття старше 90 років

У геронтології оперують поняттями календарного і біологічного віку.

Календарний вік - це хронологічний астрономічний вік, який визначається на підставі документально підтвердженої дати народження. Сам по собі календарний вік не придатний для дослідження динаміки і характеру старіння. Для цієї мети в геронтології використовуються тести кількісного вимірювання змін, що відбуваються в результаті інволюційному-атрофічних процесів у всіх періодах онтогенезу. Це тести для визначення функціональних змін в основних системах і для оцінки імунобіологічних та психічних змін в організмі при старінні.

Біологічний вік - це міра старіння організму, його здоров'я, майбутньої тривалості життя. Він визначається набором спеціальних тестів і показників. По суті, це функціональний вік, який залежить від особистих якостей і умов, в яких проходила життя даної людини. На думку одних вчених, це видова тривалість життя, інші вважають його максимальною тривалістю життя окремих індивідів з популяції, треті розглядають його як відповідність між змінами в організмі і календарним віком. Визначення біологічного віку дуже важливо для розмежування фізіологічного і передчасного старіння, розробки профілактичних заходів, соціального захисту людини, проведення пенсійної політики.

3. Соціальні аспекти самотності.

У загальному розумінні самотність – це відчуття розриву з оточуючими, боязнь наслідків самотнього способу життя, важке переживання, пов'язане із втратою життєвих цінностей або близьких людей, постійне відчуття покинутості, непотрібності власного існування.

В Україні, як і в багатьох розвинених країнах, в останні десятиріччя значно зросла частка людей похилого віку. До старшого покоління сьогодні належить кожний п'ятий (за класифікацією ВОЗ: 60-74 – люди похилого віку; 75-89 – старі; 90 років і більше – довгожителі). За даними Інституту демографії в Україні нараховується 11 млн. людей похилого віку.

Як правило, з виходом на пенсію різко знижується рівень доходів, зменшуються фізичні та духовні сили, а вільного часу стає більше (близько 8 годин в день). Втім, несприятливі умови і низька якість життя в сукупності з низькими доходами змушують пенсіонерів турбуватися, в першу чергу, про задоволення повсякденних потреб, а духовні, культурні потреби відсуваються на другий план. Все це значною мірою обумовлює їхнє незадоволення життям.

Проте накопичений досвід, професійна майстерність посилюють усвідомлення власної суспільної значимості, потребу у визнанні, високому статусі, повазі з боку оточуючих, допомагає за певних умов зберегти віру в свої сили, наповнюють життя змістом і сенсом.

Дослідження показують, що потреби «молодих пенсіонерів» мало чим відрізняються від потреб працюючого населення. Підкреслимо, що функціональне призначення культурно-дозвіллевої сфери відбиває наявність відповідних потреб, а також міри усвідомлення соціально-культурними

групами, окремими особистостями необхідності використовувати рекреативно-розвиваючий потенціал дозвілля. При цьому дозвіллі потреби тісно переплітаються з основними групами інших потреб, таких як фізичні, соціальні та інтелектуальні потреби. Втім, не можна не погодитись з тим, що голодна, хвора і самотня людина, що не має постійного житла, думає не про організацію дозвілля, а про те, як покращити свій життєвий стан.

Проблема дозвілля у багатьох літніх людей виникає, коли рівень мінімального матеріального стану є вже досягнутим. Хоча опитування показали, що 95% французьких пенсіонерів вважають, що вміють розпорядитись вільним часом всупереч браку матеріальних коштів (звісно, може виникати питання про відмінність понять «мінімуму» в різних країнах).

Проблема соціальної самотності посилює почуття соціальної незахищеності та знехтування. Відбувається значне звуження контактів і кола спілкування, порушення стійких соціальних зв'язків; виникає проблема культурної відчуженості.

Зниження соціальної активності людей похилого віку пов'язано не стільки з віком, скільки з іншими факторами (фізичною неміццю, бідністю, душевним розладом). Ступінь активності може залежати від близькості об'єктів культури і спілкування. Самотність являє собою серйозну загрозу спокою літньої людини і завдає удару по самолюбству. Дана ситуація часто призводить до трагічних наслідків. Так, наприклад, у Франції на 100 тис. людей приходить 124 самогубства пенсіонерів старше 70 років.

Система соціально-культурного обслуговування поділена сьогодні на два основних сектори – державний і недержавний. Це – обласні, муніципальні, районні управління і відділи культури. Недержавними формами соціально-культурного обслуговування займаються суспільні об'єднання, в тому числі професійні асоціації, благодійні та релігійні організації. Виконуючи «соціально-культурне замовлення», суспільні формування шукають конкретні шляхи виходу суспільства з серйозної політичної, економічної та духовної кризи. За функціональною ознакою ці формування можна класифікувати: перша група – державні і суспільні служби соціального захисту і соціальної допомоги, друга група – багаточисленна мережа центрів і служб соціально-медичної реабілітації, третя група – центри і служби психологічної допомоги, четверта група – державно-суспільна система утримання і виховання, п'ята – неформальні групи та об'єднання різних соціальних і вікових груп, шоста – товариства та асоціації професійних працівників соціальної сфери, сьома – товариства та об'єднання осіб, які потребують соціальної допомоги і підтримки, восьма – різноманітні навчально-розвиваючі та соціально-просвітницькі центри й інститути.

Специфіка феномену самотності в літньому віці полягає також і в тому, що часто самотність призводить до суїцидальних вчинків. У віці 55-65 років часто спостерігається так звана реакція демобілізації, що виникає як результат психологічної кризи пізнього віку. «Майбутнє малюється в темному світі, планів немає, а минуле, навпаки, ідеалізується,

забарвлюється у винятково рожевий колір. Тому в людини з'являються пасивні суїцидальні висловлення типу «жити не варто», «все в минулому», «ніколи не повернути того, що було. «

У віці від 65 до 75 років можливе виникнення суїцидальноопасних вікових депресій, а людей старших 75 років постійно переслідує думка – піти з життя самому.

Таким чином, самотність – це явище, яке характерне тільки людині й вимагає ретельного його вивчення. Кожен тип самотності – це особлива форма самосвідомості, яка свідчить про розрив основної мережі відносин і зв'язків, що складає життєвий світ особистості. Знання типів самотності з погляду пояснення цього явища, розкривають можливості дізнатися про багатоаспектність переживань самотньої людини, здатність більш ретельного аналізу феномену самотності, його джерел, а також необхідність оцінити сферу впливу самотності на життя людини.

Форми та типи самотності.

Зовнішня самотність. Під зовнішньою можна розуміти самотність, яка є результатом випадкової суперечності людини і соціального середовища. Зовнішня самотність є результатом випадку – катастрофи, що фізично відокремлює людину від інших людей, викидаючи за межі соціуму. Архетипом цієї самотності є самотність Робінзона Крузо. Але зовнішня самотність може бути і наслідком випадку-конфлікту, який розгортається в межах соціуму. У цьому разі відбувається психологічне відокремлення людини від інших людей. І фізична і психологічна форми зовнішньої самотності близькі у тому, що їхні причини виступають стихійними відносно людини. Можливість вийти за межі зовнішньої самотності зводиться до специфічної техніки безпеки, яку можна сформулювати у вигляді усталених загальних правил, тих правил, які не залежать від неповторної специфіки особистості.

Внутрішня самотність. Внутрішня самотність постійно породжується принциповою відкритістю людського буття. Людське буття, як особистісне буття постійно відкрите глибинним змінам. У кожен наступний момент часу особистість стає іншою. Суперечність між попереднім та наступним станами людської особистості, а також між різними вимірами її буття і є фундаментальною передумовою внутрішньої самотності. Розв'язанням цієї суперечності виступає знаходження особистісної самототожності, у межах якої концентруються і розгортаються всі унікальні можливості саме цієї людини, яка заперечує самотність безособову – таку, що виявляється лише через причетність до колективу. У результаті є очевидним, що внутрішня самотність може бути самотністю у колективі, у спілкуванні, самотністю з іншим.

Творча самотність.

4. Принципи та механізми соціального захисту літніх людей та людей похилого віку.

Соціальний захист – це комплекс економічних, соціальних і правових гарантій для громадян похилого та старечого віку, що базуються на принципах людинолюбства і милосердя по відношенню до нужденним членам суспільства з боку держави. Соціальний захист літніх і старих людей включає в себе всі юридичні і практичні дії в їх інтересах.

Соціальний захист населення літнього і старечого віку складається з профілактики, підтримки та представництва. Профілактика має своєю метою зберегти добробут старої людини, зменшивши або усунувши фактори ризику, і тим самим запобігти його приміщенню в стаціонарні установи соціального обслуговування. Підтримка являє собою допомогу, необхідну старим людям для збереження максимально можливого рівня самостійності.

Представництво – захист інтересів старих людей, визнаних недієздатними, від їх імені, для надання необхідної допомоги.

Старі люди потребують в гарантованому забезпеченні своїх життєво важливих потреб: у надійному житло, повноцінне харчування, створення сприятливого середовища життєдіяльності та умов для використання залишкової працездатності, людському спілкуванні й уваги, охорони здоров'я, медико-соціального догляду, а також гідному похованні після смерті.

Традиційно в нашому суспільстві склалися три напрямки діяльності органів соціального захисту населення, у тому числі літніх і старих людей:

- соціальна допомога (надання старим людям пільг та переваг);
- соціальне обслуговування;
- організація пенсійного забезпечення.

Механізм соціального захисту старих людей реалізується на державному і регіональному рівнях.

Державний рівень соціального захисту забезпечує гарантоване надання законодавчо встановлених пенсій, послуг і пільг відповідно до грошовими і соціальними нормативами. *На регіональному рівні* з урахуванням місцевих умов і можливостей вирішуються питання додаткового підвищення рівня забезпечення понад державне. На розсуд місцевих органів можливе встановлення регіональних норм забезпечення, але не нижче закріплених у законодавстві. Прийнято положення про територіальну соціальну службу, яка призначається для надання невідкладних заходів, спрямованих на тимчасове підтримання життєдіяльності осіб похилого віку і старих громадян, гостро потребують соціального захисту.

Особливість соціальної політики держави в сучасних умовах полягає в перенесенні центру ваги при здійсненні соціального захисту літніх і старих людей безпосередньо на місця.

Основна мета соціального захисту літніх і старих людей - позбавлення їх від абсолютної бідності, надання матеріальної допомоги в екстремальних умовах перехідного періоду до ринкової економіки, сприяння адаптації цих верств населення до нових умов. На жаль, в даний час соціальна стратегія держави спрямована не на абсолютне збільшення витрат на соціальні програми, а переважно на перерозподіл наявних коштів з метою

надання соціальної допомоги перш за все найбільш нужденним громадянам суспільства, до яких традиційно відносяться пенсіонери по старості, що опинилися за межею бідності.

Соціальна допомога літнім і старим людям - це забезпечення у грошовій або натуральній формі, у вигляді послуг чи пільг, наданих з урахуванням законодавчо встановлених державою соціальних гарантій із соціального забезпечення. Соціальна допомога має характер періодичних та одноразових доплат до пенсій та допомог, натуральних видач та послуг з метою надання адресної, диференційованої підтримки нужденним категоріям старих людей, ліквідації або нейтралізації критичних життєвих ситуацій, викликаних несприятливими соціально-економічними умовами.

Основними принципами соціальної допомоги на сучасному етапі є:

- принцип адресності, який передбачає надання соціальної допомоги конкретно потребуючим особам з урахуванням їх індивідуальних здібностей;
- принцип гарантованості, що передбачає обов'язковий надання допомоги старим людям, що звернулися до місцевих органів;
- принцип диференційованого підходу при визначенні розмірів і видів допомоги в залежності від місця проживання і специфіки умов;
- принцип комплексності, що передбачає можливість надання одночасно декількох видів допомоги (грошової, натуральної, у вигляді послуг, пільг тощо);
- принцип самостійності місцевих органів влади та соціального захисту у справі організації та проведення заходів з надання соціальної допомоги в поєднанні з централізованими заходами;
- принцип соціального реагування, що передбачає перегляд соціальних нормативів у зв'язку із зростанням вартості життя, підвищенням мінімального розміру оплати праці та прожиткового мінімуму.

Термінова соціальна допомога являє собою надання допомоги разового характеру гостро потребують старим людям. Вона включає разове забезпечення безкоштовним гарячим харчуванням чи продуктовими наборами; забезпечення одягом, взуттям, предметами першої необхідності; разове надання матеріальної допомоги; сприяння в отриманні тимчасового житла, надання екстреної психологічної допомоги (за телефоном довіри) та юридичної допомоги в межах своєї компетенції.

Адресна соціальна допомога у існуючої кризової ситуації виявляється найбільш нужденним, як правило, самотнім старим людям, а також престарілим, старше 80 років. Соціальна підтримка проводиться з урахуванням специфіки регіону.

Бригадна форма допомоги важкохворим - це комплексне обслуговування з наданням соціальних і медичних послуг. Соціальні працівники надають хворим послуги побутового характеру, а медичні сестри здійснюють лікарські призначення, сестринський догляд.

Відбувається постійне об'єднання зусиль державних та громадських органів з надання соціальної допомоги старим людям. У 1993 р. підписані Вказівки з рекомендаціями про спільні дії органів соціального захисту

населення та Служби милосердя Червоного Хреста. У кімнатах медико-соціальної допомоги за місцем проживання медичні сестри Червоного Хреста проводять навчання населення по догляду за хворими, здійснюють нескладні лікувальні процедури, запрошують для консультацій лікарів, юристів. Ці кімнати є своєрідними координуючими центрами державної та громадської соціальної діяльності.

5. Соціальне обслуговування літніх і старих людей.

Соціальне обслуговування - це сукупність соціальних послуг, які надаються громадянам похилого та старечого віку в домашніх умовах чи спеціалізованих державних і муніципальних установах. Воно включає в себе соціально-побутову допомогу і морально-психологічну підтримку.

Основні засади діяльності у сфері соціального обслуговування старих людей такі:

- дотримання прав людини і громадянина;
- надання державних гарантій;
- забезпечення рівних можливостей в отриманні соціальних послуг та їх доступності для старих людей;
- наступність всіх видів соціального обслуговування;
- орієнтація соціального обслуговування на індивідуальні потреби;
- пріоритет заходів щодо соціальної адаптації громадян похилого віку.

Держава гарантує літнім і старим людям можливість одержання соціальних послуг на основі принципу соціальної справедливості незалежно від статі, раси, національності, мови, походження, майнового і посадового положення, місця проживання, ставлення до релігії.

Державний сектор соціального обслуговування складається з органів управління соціальним обслуговуванням Україна, органів соціального обслуговування суб'єктів Україна, а також установ соціального обслуговування, що знаходяться у власності і власності суб'єктів Україна.

Муніципальний сектор соціального обслуговування включає органи управління соціальним обслуговуванням і установи муніципального підпорядкування, надають соціальні послуги.

Муніципальні центри соціального обслуговування є основною формою муніципального сектору, вони створюються органами місцевого самоврядування на підвідомчих територіях і перебувають в їх віданні. Муніципальні центри соціального обслуговування здійснюють організаційну, практичну та координаційну діяльність з надання різних видів соціальних послуг.

До завдань муніципального центру соціального обслуговування входять: виявлення старих людей, що потребують соціальної підтримки; надання різних соціально-побутових послуг разового або постійного характеру; аналіз соціально-побутового обслуговування осіб старечого віку, залучення різних державних і недержавних структур до вирішення питань

надання соціально-побутової , медико-соціальної, психологічної та юридичної допомоги літнім і старим людям.

Недержавний сектор соціального обслуговування об'єднує відповідні установи, за формою власності не пов'язані з державним і муніципальним, а також осіб, які здійснюють приватну діяльність у сфері соціального обслуговування. До даного сектора належать громадські об'єднання, професійні асоціації, благодійні та релігійні організації, діяльність яких пов'язана з соціальним обслуговуванням старих людей.

Право на соціальне обслуговування мають жінки старші 55 років і чоловіки старші 60 років, що потребують постійної або тимчасової сторонньої допомоги у зв'язку з частковою або повною втратою можливості самостійно задовольняти свої життєві потреби.

При одержанні соціальних послуг літні і старі люди мають право на:

- поважне і гуманне ставлення з боку працівників установ соціального обслуговування;
- вибір установи і форми соціального обслуговування;
- інформацію про свої права, обов'язки та умови надання соціальних послуг;
- згоду на соціальне обслуговування;
- відмова від соціального обслуговування;
- конфіденційність інформації особистого характеру;
- захист своїх прав і законних інтересів, у тому числі в судовому порядку;
- отримання інформації про види і форми соціального обслуговування, показання до отримання соціальних послуг, правила їх оплати та інших умов надання соціальних послуг.

Соціальне обслуговування старих людей включає в себе стаціонарні, напівстаціонарні та нестаціонарні форми.

До стаціонарних форм соціального обслуговування відносяться пансіонати для ветеранів праці та інвалідів, ветеранів ВВВ, окремих професійних категорій людей похилого віку (артистів і ін); спеціальні будинки для самотніх і бездітних подружніх пар з комплексом служб соціально-побутового призначення; спеціалізовані будинки-інтернати для колишніх ув'язнених , досягли старечого віку.

Напівстаціонарні форми соціального обслуговування включають відділення денного та нічного перебування, реабілітаційні центри, медико-соціальні відділення.

До нестаціонарним форм соціального обслуговування відносяться соціальне обслуговування вдома, термінове соціальне обслуговування, соціально-консультативна допомога, соціально-психологічна допомога.

Соціальне обслуговування старих людей може бути постійним або тимчасовим, в залежності від їх бажання. Воно може бути повністю безкоштовним, частково платним або платним.

Стаціонарне соціальне обслуговування спрямоване на надання різнобічної соціально-побутової допомоги громадянам похилого та старечого

віку, частково або повністю втратив здатність до самообслуговування і потребують за станом здоров'я постійного догляду і нагляду. Це обслуговування включає заходи щодо створення найбільш адекватних віком та станом здоров'я умов життєдіяльності, реабілітаційні заходи медичного, соціального і лікувально-трудового характеру, забезпечення догляду та медичної допомоги, організацію відпочинку та дозвілля літніх і старих людей.

Пансіонати для ветеранів праці (будинки для людей похилого віку) не є продуктом нашого часу. Вперше спеціальні будинки для старих людей з'явилися в глибоку давнину в Китаї та Індії, а потім у Візантії, арабських країнах. Приблизно в 370 р. від Різдва Христового єпископ Василь відкрив перше відділення для людей похилого віку в лікарні м. Цезарея Каппадійская. У VI столітті папа Пелагій заснував перший будинок для літніх людей у Римі. З цього часу у всіх монастирях стали відкривати спеціальні приміщення та кімнати для престарілих бідняків. Великі притулки для старих матросів вперше були створені в Лондоні в 1454 р. і у Венеції в 1474 р. Перший закон про відповідальність держави перед бідними чи немічними старими людьми був прийнятий в Англії в 1601 р.

Люди похилого віку, що проживають в пансіонатах для ветеранів праці, мають право на:

- забезпечення їм умов проживання, що відповідають санітарно-гігієнічним вимогам;
- догляд, первинну медико-санітарну і стоматологічну допомогу;
- безоплатну спеціалізовану допомогу, зубопротезну та протезно-ортопедичну;
- соціально-медичну реабілітацію та соціальну адаптацію;
- добровільну участь у лікувально-трудоному процесі з урахуванням стану здоров'я;
- медико-соціальну експертизу для встановлення чи зміни групи інвалідності;
- вільне відвідування їх адвокатом, нотаріусом, священнослужителем, родичами, представниками законодавчих органів і громадських об'єднань;
- надання приміщень для відправлення релігійних обрядів;
- спрямування, при необхідності, на обстеження та лікування в державні або муніципальні заклади охорони здоров'я.

При бажанні та трудової необхідності проживаючі в пансіонатах для ветеранів праці можуть бути прийняті на роботу, доступну їм за станом здоров'я, на умовах трудового договору. Вони мають право на щорічну оплачувану відпустку тривалістю 30 календарних днів.

Спеціальні житлові будинки для старих людей - це абсолютно нова форма стаціонарного соціального обслуговування. Вона призначена для одиноких та подружніх пар. Ці будинки та їх умови розраховані на старих людей, що зберегли повну чи часткову здатність до самообслуговування у побуті та мають потреби у створенні полегшених умов для реалізації своїх основних життєвих потреб.

Основна мета цих соціальних установ - забезпечення сприятливих умов проживання і самообслуговування, надання соціально-побутової та медичної допомоги; створення умов для активного способу життя, в тому числі і посиленої трудової діяльності. Пенсія проживаючим у цих будинках виплачується повністю, крім того, вони отримують певну суму доплати. Обов'язковою умовою для вступу на проживання є передача старими людьми свого помешкання в муніципальний житловий фонд міста, регіону і т.д., в якому вони проживають.

Спеціалізовані будинки-інтернати для престарілих призначені для постійного проживання громадян, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, з числа звільнених з місць позбавлення волі, особливо небезпечних рецидивістів та інших осіб, за якими відповідно до чинного законодавства встановлено адміністративний нагляд. Сюди ж направляються особи похилого віку, раніше судимі або неодноразово притягалися до адміністративної відповідальності за порушення громадського порядку, які займаються бродяжництвом та жебракуванням, що направляються з установ органів внутрішніх справ. Люди похилого віку, що проживають в пансіонатах для ветеранів праці і постійно порушують порядок проживання в них, встановлений Положенням про установи соціального обслуговування, можуть бути за їх бажанням або за рішенням суду, прийнятому на підставі подання документів адміністрацією цих установ, переведені в спеціалізовані будинки-інтернати.

У будинках для людей похилого віку старі люди надходять в результаті різних причин, але основною, поза всяким сумнівом, є безпорадність або страх перед фізичною безпорадністю. Практично всі старі люди страждають від різних соматичних захворювань, які мають хронічний характер і зазвичай вже не піддаються активної терапії.

У той же час ці старі люди несуть і різні моральні, соціальні і сімейні втрати, які в кінцевому рахунку є приводом для добровільного або примусового відмови від звичного способу життя. Рішення переселитися у будинок для престарілих старий людина приймає в результаті ускладнень при самообслуговуванні. Боязнь ще більшої фізичної слабкості, що насувається сліпота і глухота сприяють прийняттю такого рішення.

Склад будинків для людей похилого віку дуже неоднорідний. І це зрозуміло. Його певна (з кожним роком все зменшується) частина - старі люди, що володіють достатнім фізичним здоров'ям, які в змозі обслуговувати себе. В іншому випадку надходження в будинок для людей похилого віку - прояв альтруїзму старої людини, бажання звільнити більше молодих членів сім'ї від тягот, пов'язаних з опікою та доглядом за безпорадним старим. У третьому – це наслідок складних відносин з дітьми або іншими родичами. Однак завжди це результат нездатності старих людей адаптуватися до нових умов життя в родині і в звичній домашній середовищі. Ці старі люди обирають соціальну допомогу і соціальне обслуговування як новий спосіб життя.

І все-таки в будь-якому випадку кардинально змінити колишній спосіб життя, оселившись у будинку для людей похилого віку, вдається старій людині нелегко: ² / ³ старих людей переселяються сюди вкрай неохоче, поступаючись тиску зовнішніх обставин. Організація цих соціальних установ, по суті, копіює організацію медичних установ, що нерідко призводить до небажаної і тяжкої фіксації на чисто болючій стороні старечої немочі. Результати соціологічного дослідження, проведеного в 1993 м. Києві показали, що переважна більшість обстежених - 92,3% - вкрай негативно ставляться до перспективи можливого переїзду в будинок для людей похилого віку, в тому числі і проживають у комунальних квартирах. Кількість бажаючих перейти на проживання в будинок для людей похилого віку особливо помітно знизилася після створення відділень соціального обслуговування вдома. В даний час в різних регіонах і містах ця черга становить не більше 10-15 осіб, в основному це люди особливо похилого віку, абсолютно безпорадні і часто самотні.

Різної психічною патологією страждають 88% знаходяться в будинках для людей похилого віку; у 62,9% - обмеження рухової активності; 61,3% нездатні навіть частково обслужити себе. Щорічно вмирають 25% проживаючих.

Серйозну тривогу, особливо в останні 5 років, викликає незадовільне бюджетне фінансування пансіонатів для ветеранів праці та інвалідів. З цієї причини багато будинків для людей похилого віку не можуть проводити капітальний ремонт своїх будинків, купувати взуття, одяг, технологічне обладнання для проживаючих. В даний час темпи будівництва спеціальних будинків різко знижуються через обмеженість коштів місцевих бюджетів. Не менш гостра проблема - укомплектованість будинків для престарілих персоналом.

Полустационарне соціальне обслуговування включає в себе соціально-побутове, медичне та культурне обслуговування літніх і старих людей, організацію їх харчування, відпочинку, забезпечення їх участі в посильній трудовій діяльності і підтримку активного способу життя.

На полустационарне соціальне обслуговування приймаються потребують ньому громадяни похилого та старечого віку, які зберегли здатність до самообслуговування і активного пересування, не мають медичних протипоказань до зарахування на соціальне обслуговування.

Відділення денного перебування призначається для підтримки активного способу життя старих людей. У ці відділення зараховуються старі люди (незалежно від їх сімейного стану), зберігають здатність до самообслуговування і активного пересування, на підставі особистої заяви та довідки з медичної установи про відсутність протипоказань до прийняття на соціальне обслуговування.

Термін перебування у відділенні зазвичай становить місяць. Відвідувачі відділення можуть за добровільної згоди брати участь у трудотерапії у спеціально обладнаних майстернях. Вона здійснюється під керівництвом інструктора і під наглядом медичного працівника. Харчування

в відділенні може бути безкоштовним, або за плату, за рішенням керівництва центру соціального обслуговування та місцевої адміністрації можливо надання за плату окремих послуг (масаж, мануальна терапія, косметичні процедури і т.п.). Ці відділення створюються для обслуговування не менше 30 людей.

Медико-соціальне відділення призначається для тих, хто відчуває серйозні труднощі в організації свого побуту, веденні власного господарства, але з тих чи інших причин не бажає проживати в будинках для престарілих. На базі установ охорони здоров'я відкриті спеціальні відділення і палати, куди госпіталізуються в першу чергу самотньо проживають німечні пенсіонери по старості, втратили мобільність і здатність до самообслуговування.

У цьому випадку напрямок у медико-соціальне відділення дають центри соціального обслуговування за погодженням з дільничним лікарем. В останні роки все більше поширення знаходить досвід з організації палат для планового лікування старих людей, де проводяться всі види медичних процедур.

У медико-соціальних відділеннях і палатах самотні німечні старі люди перебувають на повному соціальному забезпеченні тривалий час, а їх пенсію, як правило, отримують їхні близькі та родичі, які часто навіть не відвідують людей похилого віку. У багатьох регіонах робляться спроби хоча б часткового відшкодування витрат на утримання осіб похилого та старечого віку. Робиться це з особистої згоди старих людей розпорядженням місцевої влади. На ці кошти купують одяг та взуття, організують додаткове харчування, частина коштів йде на благоустрій палат та відділень.

Медико-соціальні відділення отримали широке поширення в сільській місцевості. У зимовий час тут живуть старі люди, а навесні вони повертаються в свої будинки.

Нестационарні форми соціального обслуговування створено для надання соціальної допомоги і обслуговування старих людей, котрі залишатися у звичній для них домашній обстановці. Серед нестационарних форм соціального обслуговування на перше місце слід поставити соціальне обслуговування на дому.

Ця форма соціального обслуговування вперше була організована в 1987 р. і відразу ж отримала широке визнання з боку старих людей. В даний час - це один з основних видів соціального обслуговування, головна мета якого - максимально продовжити перебування старих людей у звичній для них середовищі проживання, підтримати їх особистісний та соціальний статус, захистити права та законні інтереси.

Основні соціальні послуги, що надаються на дому:

- організація харчування і доставка продуктів додому;
допомога в придбанні медикаментів, продовольчих і промислових товарів першої необхідності;
- сприяння в отриманні медичної допомоги, супровід до медичних установ, поліклініку, лікарню;

- сприяння в організації юридичної допомоги та інших правових форм допомоги;
- підтримка умов проживання відповідно до гігієнічних вимог;
- сприяння в організації ритуальних послуг і у похованні одиноких померлих;
- організація різних соціально-побутових послуг залежно від умов проживання в місті чи селі;
- допомога в оформленні документів, у тому числі для встановлення опіки та піклування;
- переміщення в стаціонарні установи соціального обслуговування.

Крім надомних соціальних послуг старим людям можуть бути надані додаткові послуги на умовах повної або часткової оплати.

Відділення соціальної допомоги вдома організуються при муніципальних центрах соціального обслуговування або місцевих органах соціального захисту населення. Соціальне обслуговування на дому може здійснюватися постійно або тимчасово - до 6 місяців. Відділення створюється для обслуговування не менше 60 людей у сільській місцевості і не менш 120 чоловік у місті.

Соціальне обслуговування вдома є безкоштовною:

- для самотніх старих людей;
- для проживаючих в сім'ях, чий подушний дохід нижче встановленого для даного регіону мінімального рівня;
- для старих людей, що мають родичів, які проживають окремо.

Як показали дослідження, з усіх видів послуг найбільш важливими для старих людей є:

- догляд під час хвороби - 83,9%;
- доставка продуктів - 80,9%;
- доставка ліків - 72,9%;
- послуги пральні - 56,4%.

Додаткові послуги, що надаються відділенням соціального обслуговування вдома:

- спостереження за станом здоров'я;
- надання екстреної долікарської допомоги;
- виконання медичних процедур за призначенням лікаря;
- надання санітарно-гігієнічних послуг;
- годування ослаблених хворих.

Порядок і умови зарахування на надомне соціальне обслуговування: заява на ім'я керівника органу соціального захисту розглядається у тижневий строк; проводиться обстеження умов проживання прохача. За результатами обстеження складається акт, запитуються дані про розмір пенсії, висновок про стан здоров'я та відсутності медичних протипоказань, приймається рішення про зарахування на постійне або тимчасове обслуговування, про види необхідних послуг.

Зняття з соціального обслуговування проводиться на підставі наказу директора центру соціального обслуговування в наступних випадках: за

заявою старої людини, після закінчення терміну обслуговування, при порушенні договірних умов оплати за послуги, виявленні медичних протипоказань, злісні порушення правил поведінки старими людьми, що обслуговуються соціальними працівниками.

Соціально-медичне обслуговування людей похилого віку вдома здійснюється щодо потреб надомних соціальних послуг осіб, які страждають психічними розладами у стадії ремісії, туберкульозом, за винятком активної форми, важкими соматичними захворюваннями, в тому числі онкологічними.

У штат соціально-медичного обслуговування вводяться медичні працівники, професійна діяльність яких регулюється законодавством України про охорону здоров'я громадян.

Соціально-консультативне обслуговування (допомога) громадянам похилого та старечого віку спрямовано на їх адаптацію в суспільстві, ослаблення соціальної напруженості, створення сприятливих стосунків у сім'ї, а також на забезпечення взаємодії особистості, сім'ї, суспільства і держави. Соціально-консультативна допомога людям похилого віку, орієнтована на їхню психологічну підтримку, активізацію зусиль у вирішенні власних проблем, передбачає:

- виявлення осіб, які потребують соціально-консультативної допомоги;
- профілактику різного роду соціально-психологічних відхилень;
- роботу з сім'ями, в яких живуть старі люди, організацію їх дозвілля;
- консультативну допомогу в навчанні, професійній орієнтації і працевлаштування;
- забезпечення координації діяльності державних установ та громадських об'єднань для вирішення проблем громадян похилого віку;
- правову допомогу в межах компетенції органів соціального обслуговування;
- інші заходи щодо формування здорових взаємовідносин і створення сприятливого соціального середовища для старих людей.

Контрольні питання:

1. Що розуміється під поняттям «старіння населення»?
2. Спираючись на данні відділу демографії ООН на які рівні поділяють населення, дайте ним характеристику.
3. Теорії процесу старіння, їх характеристика.
4. Роль старості в онтогенезі людини.
5. Соціальні аспекти самотності: причини і наслідки.
6. Що таке соціальний захист? Рівні соціального захисту літніх людей та людей похилого віку.
7. Характеристика термінової соціальної допомоги, адресної соціальної допомоги й бригадної форми допомоги важкохворим.
8. Поняття соціального обслуговування. Форми соціального обслуговування літніх людей, їх характеристика.

Теми для рефератів:

1. Старіння населення – як загроза майбутнього.
2. Теорії процесу старіння.
3. Прогерія.
4. Соціальна самотність.
5. Особливості соціального обслуговування літніх людей.

Література:

1. Демографічна ситуація в Україні у січні-лютому 2015 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України // Експрес-випуск від 15.04.2015 № 69/0/10.2вн-15. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/express/expres_u.htm
2. Природний рух населення у січні-лютому 2015 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>
3. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2014 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України // Експрес-випуск від 23.06.2014 № 128/0/10.2вн-14. – 29 с. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua> References
4. Досуговая деятельность людей «третьего возраста» // Культура в современном мире: опыт, проблемы, решения. Инф. сб. – Вып. 1. – М., 1993. – 60 с.
5. Основы социальной работы: Учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М. : Инфра-М, 1999. – 414 с.
6. Петрова І. В. Особливості організації дозвілля у клубах людей похилого віку // Організація культурно-дозвільної діяльності в клубних закладах розвинених зарубіжних країн. – К. : УЦКД, НПБ, 1998. – 51 с.
7. Тюптя Л. І., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. пос. – К. : Знання, 2008. – 574 с.

Лекція № 4.

Тема 4. «Девіантна поведінка як проблема соціальної роботи».

7. Девіантна поведінка як проблема соціальної роботи
8. Типологія девіантної поведінки
9. Соціальний контроль девіантної поведінки

1. Девіантна поведінка як проблема соціальної роботи

Великою групою клієнтів соціальної роботи є люди з девіантною поведінкою. Девіантна поведінка – це дії або вчинки особи, що порушує

будь-які соціальні норми. При цьому девіацією може вважатись і рух “на червоне світло”, і вживання нецензурних висловів, і злочин, як порушення правових норм. Девіантна поведінка набуває особливого розповсюдження у кризові етапи розвитку суспільства, і саме діяльність установ соціальної роботи є одним із механізмів, що дозволяє підтримувати суспільство дієздатним.

В соціальній роботі використовуються соціологічні та психологічні теорії, що пояснюють девіантну поведінку.

Класична теорія будується на тому, що кожна людина вчиняє відповідно до власної волі та згідно зі своїм вибором. Теоретики цього напрямку вважали, що, приймаючи рішення щодо вчинення порушення соціальних норм, потенційний девіант співвідносив задоволення чи вигоду з можливим покаранням. Відтак вважалось, що покарання повинно в декілька разів перевищувати всі очікувані задоволення від порушення соціальних норм, щоб попередити девіантну поведінку.

Неокласична школа врахувала основні положення класичної теорії, додавши також, що суб’єкт не завжди адекватно може співвіднести задоволення та страждання, що часто девіантні дії чиняться у стані афекту, депресії, гострій стресовій ситуації.

Марксистська теорія розглядала злочинність (як різновид девіантної поведінки) як одну з проблем експлуататорського суспільства, що може бути викоренена зі зміною державного устрою.

Інтеракціоністські підходи пов'язують девіацію з системою оцінок поведінки і соціальною реакцією, визначаючи поведінку суб'єкта в контексті норм і цінностей суспільства.

Структурні підходи пояснюють девіантну поведінку, виходячи з природи конфлікту (суспільного, культурного, економічного тощо).

Психоаналітична теорія стверджує, що характер людини великою мірою визначається інстинктами, які в своїй основі антисоціальні та антиморальні. В разі, якщо індивід в дитинстві навчився управляти своєю поведінкою, тим самим він навчився керувати своїми негативними проявами. Соціопати – особи, що не мають моральних та етичних обмежень, можуть чинити насильство та страждання, якщо це приносить їм матеріальний чи моральний зиск.

Отже, сучасні теорії девіантної поведінки вбачають її джерела як у внутрішньоособистісних чинниках, так і в соціальному устрої.

Девіантна поведінка, особливо та, що набуває статусу *соціальної патології*, а це – правопорушення, зловживання алкоголем, немедичне вживання наркотиків та ін., складають значну проблему для суспільства. Девіантні дії наносять шкоду інтересам окремих людей, організацій, держави, суспільства взагалі і вимушують витрачати значні ресурси на її подолання. З іншої сторони, девіантна поведінка поглиблює стан соціальної дезадаптації людини. Суспільство утворює бар’єр між собою і тим, хто порушує встановлені ним норми і цим загострює девіантну поведінку.

Виділяють наступні види девіантної поведінки:

- *делінквентна поведінка* – відхилення від норм права, правопорушення, злочини;

- *адиктивна поведінка* – залежна поведінка (від англ. “addiction” - залежність). Тут йдеться про наркотичну, алкогольну та інші види залежності (від азартних ігор, сексуальна залежність);

- *суїцидальна поведінка* – поведінка потенційних та реальних самогубців;

- *агресивна поведінка* – включає аутоагресію, вербальну та невербальну агресію;

- *легка поведінка* – проституція, аморальна поведінка;

- *поведінка осіб, що мають проблеми психічного здоров'я* – за загально прийнятим суспільним стереотипом (стигматизація), поведінка людей з проблемами психічного здоров'я є небезпечною. Звісно, вона часто відхиляється від загально прийнятих норм, проте, за деякими виключеннями не є соціальною патологією.

Традиційно суспільство боролось із соціальними відхиленнями за допомогою посилення *покарань* за девіантну поведінку та *соціального контролю* за особами, яким вона властива, аж до примусового перевиховання та ресоціалізації. Таким чином, за умов стабільного суспільства, вдавалося стримувати розповсюдження соціальних відхилень, але не ліквідувати їх взагалі. З іншого боку, це призвело до більшої соціальної ізоляції представників груп девіантної поведінки, провокувало їх опір, упереджене ставлення до будь-яких пропозицій співпраці.

Внаслідок цього проблеми груп девіантної поведінки загострювались і поглиблювались. Альтернативою стратегії покарання і соціального контролю виступає *стратегія нормалізації*. Цей підхід базується на визнанні соціальних відхилень неминучим явищем, пов'язаним із закономірностями розвитку суспільства і особистості. Ця стратегія спрямовує зусилля не стільки на подолання девіантної поведінки, скільки на упередження і зменшення її негативних наслідків. Стратегія нормалізації проявляється в лібералізації соціальних норм, легалізації найменш шкідливих видів девіантної поведінки (наприклад, проституції, вживання легких наркотиків), пом'якшенні системи покарань, поліпшенні ставлення суспільства до осіб, яким ці відхилення властиві. Таким чином вдається подолати виключення груп девіантної поведінки із суспільного життя і налагодити співпрацю з ними у вирішенні найгостріших проблем суспільства, створити умови для зменшення шкоди, викликані девіантною поведінкою та способом життя індивідів, яким вона властива

Найбільш відомою країною, де великої популярності набули саме стратегії нормалізації, є Голландія (Нідерланди). Легалізація легких наркотиків дозволила знизити вживання їх серед молоді на 20%, оскільки спрацював ефект “не заборонено – не цікаво”. Крім того, легалізація проституції дала змогу налагодити регулярний медичний догляд за жінками легкої поведінки та надання необхідної допомоги. А це, в свою чергу,

сприяло профілактиці поширення венеричних захворювань та СНІДу серед цільових груп.

Звичайно, в Україні, з її нестабільним економічним, політичним та правовим положенням, з урахуванням кризового стану, в якому опинилося суспільство, важко говорити про широке запровадження стратегії нормалізації. Але перші паростки дають про себе знати. Йдеться про створення анонімних пунктів обміну шприців для ін'єкційних наркоманів при деяких НДО та ЦСССДМ (профілактика розповсюдження ВІЛ-СНІДу), переведення інформації про венеричні захворювання та статеве життя з рангу "забороненої" в ранг "обговорюваної", спроби привернути увагу громадськості та змінити суворо негативний стереотип щодо представників деяких груп девіантної поведінки (наркоманія й алкоголізм – не соціальне зло, а захворювання), запровадження нових функцій з вирішення проблем бездомних осіб та осіб, що повернулися з місць позбавлення волі в установах системи соціального захисту населення тощо.

У межах двох описаних вище стратегій розвивається сучасна соціальна робота з групами девіантної поведінки. З одного боку, вона спрямована на упередження соціальних відхилень та їх негативних наслідків, створення умов для повноцінної діяльності будь-якої особистості в межах соціальних норм. З іншого – вона має допомогти представникам груп девіантної поведінки у вирішення їх проблем, залишаючи за ними право вибору власного способу життя.

2. Типологія девіантної поведінки

Класифікація типів девіантної поведінки пов'язана з певними труднощами, залежно від існуючих стандартів конкретного суспільства.

Соціальні відхилення класифікуються кількома способами. Найважливішим є розподіл відхилень за різними видами *залежно від типу норми, що порушується* (право, мораль, правила спілкування). При цьому негативні відхилення поділяють на злочинні, інші правопорушення (адміністративні, цивільні, трудові, фінансові), аморальні вчинки і т. ін. Ця класифікація дає змогу розробити систему санкцій за порушення.

За характером норм, які порушуються, виділяють відхилення у національному та міжнародному масштабі, тобто мова йде про порушення норм права, моралі в конкретній країні та про види порушень принципів міжнародного права і моралі (агресивні війни, расова дискримінація, геноцид, міжнародний тероризм).

ТЕОРІЇ ДЕВІАЦІЇ

Тип пояснення	Теорія	Автори	Провідна ідея
Біологічне	Фізичні якості пов'язані із злочинними намірами кримінальної особистості	Ч.Ломброзо	Фізичні особливості людини є причиною девіації.
Психоаналітичне	Психоаналіз	З.Фрейд	Внутрішні конфлікти, властиві особистості, викликають девіації

Соціологічне	Аномії	Е.Дюркгейм	Девіація, зокрема суїцидальні явища, відбувається через порушення або відсутність чітких соціальних норм
		Р.Мертон	Девіація зростає, коли виявляється розрив між цілями, які схвалюються в даній культурі, та способами їх досягнення.
	Культуроло-гічні	Е. Сатерленд	Причина девіації – конфлікти між нормами субкультури та домінуючої культури.
	Теорія стигматизації	Г. Беккер	Девіація – клеймо, ярлик, який групи, що мають владу ставлять на поведінку найменш захищених груп.
	Радикальна кримінологія	О. Турк, Р.Янг.	Девіація є результатом протидії нормам суспільства

Один із засновників теорії структурного функціоналізму американський соціолог Р. Мертон розробив типологію девіантної поведінки, основною причиною якої він вважав розрив між цілями суспільства й соціально прийнятними засобами досягнення цих цілей. Класифікація залежить від прийняття чи заперечення людиною цілей суспільства та соціально схвалених засобів їх досягнення. Більшість членів суспільства визнають пануючі у ньому норми і цінності, прагнуть реалізувати їх легальними засобами.

Основні види девіантної поведінки (за Р. Мертоном):

1. *Конформізм* – повне прийняття цілей суспільства і способів їх досягнення.

2. *Інноваційна поведінка* – людина визнає цілі суспільства, але намагається їх реалізувати новими, нетрадиційними засобами (рекет, крадіжки, зловживання тощо).

3. *Ритуалізм* – людина не визнає суспільні цілі та цінності, однак дотримується прийнятих «правил гри», діє відповідно до суспільних уявлень про припустимі засоби досягнення цілей.

4. *Ретритизм* – відхід, утеча людини від соціальної діяльності, людиною не визнаються ні цілі, ні засоби їх досягнення (анархія, наркоманія, бродяжництво тощо).

5. *Бунт, заколот* – відкидаючи суспільні цінності, цілі та засоби їх реалізації, людина активно їм протидіє, прагне замінити їх новими (тероризм, радикалізм й ін.).

Деякі **причини девіантної поведінки** носять не соціальний характер, а біопсихічних. Наприклад, схильність до алкоголізму, наркоманії, психічні розлади можуть передаватися від батьків дітям. У соціології девіантної поведінки виділяється кілька напрямків, що пояснюють причини його виникнення. Так, Мертон, використовуючи поняття «аномія» (стан

суспільства, в якому старі норми і цінності вже не відповідають реальним відносинам, а нові ще не утвердилися), причиною девіантної поведінки вважав неузгодженість цілей, висунутих суспільством, і коштів, яке воно пропонує для їхнього досягнення. В рамках напрямку, що базується на теорії конфлікту, стверджується, що соціальні зразки поведінки є що відхиляються, якщо вони засновані на нормах іншої культури. Наприклад, злочинець розглядається як носій певної субкультури, конфліктної стосовно пануючого в даному суспільстві типу культури. Ряд сучасних вітчизняних соціологів вважає, що джерелами девіації є соціальна нерівність в суспільстві, відмінності в можливостях задоволення потреб для різних соціальних груп.

Між різними формами девіантної поведінки існують взаємозв'язки, при цьому одне негативне явище підсилює інше. Наприклад, алкоголізм сприяє посиленню хуліганства.

Маргіналізація є однією з причин девіацій. Головною ознакою маргіналізації виступає розрив соціальних зв'язків, причому в «класичному» варіанті спочатку рвуться економічні та соціальні зв'язки, а потім і духовні. В якості характерної риси соціальної поведінки маргіналів можна назвати зниження рівня соціальних очікувань і соціальних потреб. Наслідком маргіналізації є примітивізація окремих сегментів суспільства, що виявляється у виробництві, побуті, духовного життя.

Інша група причин девіантної поведінки пов'язана з поширенням різного роду **соціальних патологій**, зокрема зростанням психічних захворювань, алкоголізму, наркоманії, погіршенням генетичного фонду населення.

Бродяжництво та жебракування, що представляють собою особливий спосіб життя (відмова від участі в суспільно корисній праці, орієнтація тільки на нетрудові доходи), отримали останнім часом широке поширення серед різних видів соціальних відхилень. Соціальна небезпека соціальних девіацій цього роду полягає в тому, що бродяги і жебраки нерідко виступають у ролі посередників у поширенні наркотиків, роблять крадіжки та інші злочини.

Девіантна поведінка в сучасному суспільстві має деякі особливості. Це поведінка все більше стає ризиковим і раціональним. Основна відмінність девиантов, свідомо йдуть на ризик, від авантюристів - опора на професіоналізм, віра не в долю і випадок, а в знання і усвідомлений вибір. Девіантна ризикове поведінка сприяє самоактуалізації, самореалізації та самоствердження особистості.

Часто девіантна поведінка пов'язана з аддикцією, тобто з прагненням уникнути внутрішнього соціально-психологічного дискомфорту, змінити свій соціально-психічний стан, що характеризується внутрішньою боротьбою, внутрішньоособистісним конфліктом. Тому девіантною шлях обирають насамперед ті, хто не має легальної можливості для самореалізації в умовах сформованої соціальної ієрархії, чия індивідуальність придушується, особистісні прагнення блокуються. Такі люди не можуть зробити кар'єру,

змінити свій соціальний статус, використовуючи легітимні канали соціальної мобільності, в силу чого вважають неприродними і несправедливими загальноприйняті норми порядку.

Якщо той чи інший вид девіації здобуває стійкий характер, стає нормою поведінки для багатьох, товариство зобов'язане переглянути принципи, що стимулюють поведінку, що відхиляється, або провести переоцінку соціальних норм. В іншому випадку поведінка, яке вважалося девіантною, може стати нормальним. Щоб деструктивна девіація не одержувала широкого поширення, необхідно:

- розширювати доступ до легітимним способам досягнення успіху і просування по соціальних сходах;
- дотримуватися соціальної рівності перед законом;
- вдосконалювати законодавство, приводячи його у відповідність з новими соціальними реаліями;
- прагнути до адекватності злочину і покарання.

3. Соціальний контроль девіантної поведінки

Впорядкованість суспільства базується на взаємопов'язаних ролях, у відповідності до яких кожна особистість бере на себе певні зобов'язання щодо інших, і водночас вимагає від них виконання своїх обов'язків, які відповідають правам даної особи. Навіть мимохідь кинутого погляду на життя, наприклад, великого міста достатньо, щоб помітити, що десятки тисяч людей у визначений час займають свої робочі місця без видимих спонукань та вказівок. Тисячі транспортних засобів починають рух за певними маршрутами без видимих спостерігачів та розпорядників. Йдеться про формування та підтримання соціального порядку, узгодженості у діях сотень тисяч людей, що є вкрай необхідним для успішного функціонування цієї системи.

Соціальний контроль – це сукупність засобів, за допомогою яких суспільство або соціальна спільнота гарантують узгоджену поведінку своїх членів відповідно до рольових вимог та очікувань. Соціальний контроль - це процес, впродовж якого суспільство регулює само себе заради досягнення власних цілей. Через запровадження контролю над своїми членами /підрозділами/, або іншими відповідними одиницями, суспільство досягає стабільності у часі та функціонує більш-менш ефективно. Незважаючи на те, що індивідуальні дії завжди спрямовані на реалізацію індивідуальних цілей та персональних інтересів, діяльність людей відображає сформовані культурою цінності та норми, проходить в рамках існуючих організаційних процедур, оскільки індивіди діють переважно як представники певних груп або спільнот /сім'ї, нації, асоціації або певного суспільства/.

Потреба у використанні соціального контролю в організованому соціальному житті не означає, що індивіди та організації повинні повністю та безумовно підкорятися довільно встановленим нормам та рольовим очікуванням. Дійсно, певні організації, такі як в'язниця, або концтабір, чи в

цілому тоталітарне суспільство - можуть вимагати суцільної конформності і для цього прагнуть до максимального контролю за всіма сферами життєдіяльності. Але більшість організацій та суспільств використовують форми обмеженого контролю лише над життєво необхідними сферами діяльності для того, щоб забезпечити тільки відносно впорядкований характер функціонування. А тому, афективний соціальний контроль залишає значне поле для індивідуального вибору дій. Це зумовлено наступними причинами.

По-перше, правила, закони та рольові очікування в суспільстві, яке нормально функціонує, є завжди історичними, тобто вони самі передбачають можливість змін, модифікацій у випадку зміни соціальних обставин, для яких вони були встановлені. Поки суспільство функціонує раціонально, форми його діяльності дозволяють своїм членам поряд з реалізацією суспільних інтересів задовільняти і власні цілі. Більше того, суспільні стандарти можна змінити повністю або частково, якщо вони не є ефективними. Це характерно для демократичних процедур прийняття рішення, коли індивіди мають визначений рівень автономії, а організаційні стандарти не розглядаються як догмати.

По-друге, тотальна конформність всіх дій встановленим соціальним стандартам зовсім, не є обов'язковою для створення чи підтримання цілісності та стабільності суспільства. До того ж абсолютний контроль за діями своїх членів дуже важко підтримувати впродовж тривалого періоду /про що свідчить досвід тоталітарних суспільств/. Соціальний контроль застосовується, як правило, тільки до тих типів діяльності, які є життєво необхідними. Підприємець може вимагати від своїх робітників, щоб вони виконували свої посадові функції з 8 години ранку до 17 години вечора з понеділка по п'ятницю, але він не буде встановлювати норми та правила проведення робітниками своїх вихідних.

По-третє, не обов'язково, щоб стандарти соціального контролю встановлювалися жорстко. Значна частина культурних норм та рольових очікувань встановлює широкі рамки для дії, залишаючи за індивідом право самому обирати таку модель поведінки, яка б краще підходила для конкретної ситуації.

Отже, соціальний контроль - це радше забезпечення соціально відповідальної поведінки членів суспільства, а не самоціль.

Щоб заохочувати бажані дії та блокувати небажані, суспільство використовує різні механізми соціального контролю.

Внутрішній контроль через соціалізацію. Е.Фромм відзначає, що суспільство тільки тоді функціонує ефективно, коли його члени досягають такого типу поведінки, щоб вони бажали діяти так, як вони повинні діяти як члени даного суспільства. Вони самі повинні бажати робити те, що об'єктивно необхідно для суспільства. Соціалізація полегшує труднощі при прийнятті рішень, підказуючи як вдатися, як вести себе в тій чи іншій ситуації. При тому будь-яке рішення, що йде врозріз з тим, яке приймається та засвоюється в ході соціалізації, здається нам незнайомим, недоречним,

загрозливим. Що може примусити жінку прийняти на себе важку та невдячну домашню роботу? Цього можна досягнути лише за допомогою соціалізації, сформувавши її свідомість в такий спосіб, щоб вона бажала мати чоловіка, дітей, домашнє господарство та відчувала себе нещасливою без них. Як можна примусити вільну людину підкорятися законам та моральним нормам, що обмежують її свободу ? Тільки культивуючи в неї ті почуття та прагнення, які приведуть до бажання впорядкувати своє життя та підкорятися законам суспільства, щоб вона відчувала роздратування та розгубленість, якщо ці закони будуть порушуватися. Результатом соціалізації є **внутрішній контроль** -процес добровільного підкорення нормам та очікуванням, що встановлені суспільством для його членів. Але в окремих випадках необхідно використовувати і зовнішній тиск до індивідів.

Соціальне санкціонування(зовнішній контроль) використовується у двох формах:

- **через груповий тиск**(неформальний зовнішній контроль, контроль первинної групи). На поведінку людини накладає відбиток включеність у громадянське життя через членство у багатьох первинних групах / сім'я, виробнича бригада, студентська група/. Кожна з них має власну стійку систему звичаїв, інституційних норм. Необхідною умовою включення індивіда до групи є та обставина, що індивід повинен поділяти певний мінімум прийнятих даною групою культурних норм, які складають формальний або неформальний кодекс поведінки. Ступінь та вид групового тиску залежать від характеристик первинної групи. Якщо солідарність в групі є високою, високою стає і лояльність по відношенню до взірців поведінки даної групи і, відповідно, підвищується ступінь групового контролю. Груповий тиск лояльних членів групи / тобто членів групи прихильних до групових цінностей/ сильніший, ніж членів малозгуртованої групи. Наприклад, групі, що проводить разом лише вільний час, важче здійснювати внутрішній груповий контроль, ніж групі, члени якої і працюють, і відпочивають, проводять в групі більшу частину свого часу / сім'я, армійський підрозділ/.

- **санкціонування через примус**(формальний зовнішній контроль, контроль вторинної групи). Багато примітивних суспільств успішно контролюють поведінку індивідів через моральні норми за допомогою неформального контролю первинної групи: формальні закони та покарання не є обов'язковими в таких ситуаціях. Але у великих складних людських суспільствах, де переплетено багато культурних комплексів, формальний контроль, система законів та покарань стають обов'язковими. У випадку, коли індивід може загубитися в натовпі, неформальний контроль стає неефективним, виникає необхідність у формальному контролі.

Наприклад, у племінному клані чисельністю від двох до трьох десятків родичів може діяти система неформального контролю за розподілом їжі. Кожен член клану бере їжі стільки, скільки йому необхідно, і вносить у спільний фонд стільки їжі, скільки зможе. Однак, в селі з декількома сотнями жителів такий розподіл вже неможливий, тому що дуже важко вести рахунок

надходжень та витрат неформально, на підставі лише спостереження. Лінощі та жадібність окремих індивідів унеможлиблюють таку систему розподілу. Таким чином, при наявності високої чисельності населення та складної культури починає застосовуватися так званий вторинний груповий контроль - за допомогою законів, різних насильницьких регуляторів, формалізованих процедур. Коли окремих індивід небажає дотримуватись визначених норм, група або суспільство звертається до примусу.

- **соціальний контроль через управління** (опосередкований зовнішній контроль). Оскільки соціальні дії завжди знаходяться під впливом ситуації, в рамках якої вони відбуваються, соціальний контроль можна впроваджувати впорядковуючи та трансформуючи соціальний контекст. Соціальне управління - це маніпулювання соціальною ситуацією з метою впливати на дії у бажаному напрямку. Наприклад, батьки можуть відправити свою дитину у престижну школу, або університет для того, щоб дитина спілкувалася з тими людьми, які їй пізніше стануть у нагоді, тим самим покращуючи можливості успішної кар'єри або шлюбу. Підприємець може зробити спробу збільшити продуктивність праці своїх робітників, відмовляючись від непопулярних норм та правил, детальної опіки та нагляду.

Отже, соціальний контроль - специфічний механізм підтримання соціального порядку, що включає дві основні складові: норми та санкції.

Соціальними нормами просякнуті буквально всі сторони нашого життя. Завдяки ним суспільство позбавлене необхідності щоразу регулювати ті акти індивідуальної поведінки, які постійно повторюються. Будь-яка форма діяльності, будь-який статус людини в суспільстві, роль, яку вона виконує в системі соціальних зв'язків, є переліком прав і обов'язків, норм та цінностей. *Соціальні норми* визначають ту межу, яка складається історично в даному суспільстві, інтервал допустимого /дозволеного або обов'язкового/ варіанту поведінки діяльності людей, соціальних груп, соціальних організацій. Вони складаються як результат відображення /адекватного чи не зовсім/ у свідомості та вчинках людей об'єктивних закономірностей функціонування суспільства.

Соціальні норми можна вважати засобами регуляції поведінки індивідів та груп. В понятті "соціальна норма" знаходить своє теоретичне пояснення факт однаковості людської поведінки незважаючи на різноманітність індивідуальних мотивів, які залишаються поза межею аналізу, те, що робить вчинки різних людей із різним суб'єктивним значенням для кожного індивіда, діями певного типу. Це характеристика соціальності дії: те, що робить вченого вченим, лікаря -лікарем. Норми встановлюють межі допустимого в певному виді діяльності, і саме вони є умовами належності до тієї чи іншої групи. Суспільства і соціальні групи, продукуючи соціальні норми, тим самим ставлять своїм представникам вимоги, яким повинна відповідати їх поведінка, спрямовують, контролюють, регулюють, оцінюють їх поведінку. Норми продукуються із розрахунку наявної соціальної структури суспільства, інтересів груп, системи суспільних

відносин і уявлень суспільства про належне, допустиме, можливе, те, що схвалюється, бажане, прийнятне або небажане, неприйнятне і т.н.

Соціальні норми виконують функції інтеграції, впорядкування, підтримки процесів функціонування суспільства як системи взаємодії індивідів та груп. За допомогою соціальних норм вимоги та настанови суспільства переводяться в еталони, моделі, стандарти модального типу особистості. Всі види соціальної поведінки людини, її реалізація себе як особистості, виконання соціальних функцій і т.п. забезпечуються шляхом освоєння та реалізації у поведінці соціальних норм, які адресуються людині - представнику визначеної соціальної групи.

Одним з перших, якщо взагалі не першим, регулятивним механізмом людської життєдіяльності був феномен табу, що базувався на міфологічній свідомості й функціонував здебільшого як категорична заборона певних дій та вчинків, порушення якої ніби - то неминуче веде до тяжкої кари і навіть до смерті. Автори фільму "Тарзан" описують епізод, коли представник племені, що за легендою походило від слонів (а тому споглядання "Скелі слонів" для них вважалося категоричною забороною , тобто табу), помирає, побачивши цю скелю всупереч своїй волі. Його ніхто не карав, не бив, не переслідував. Він помер, дотримуючись вимог табу.

Соціальні норми можуть бути універсальними (моральні норми), тобто такими, що стосуються всіх в даному суспільстві, і частковими (норми лікарської етики), що стосуються, наприклад, певної сфери професійної діяльності, або такими, які регулюють дії індивідів, що займають певну статусну позицію, чи виконують певну соціальну роль. Обсяг дії соціальних норм визначається рамками групи чи організації, котрі її визнають, або межами того типу діяльності, який вони регулюють способом інституалізації.

Соціальні норми розрізняють:

- за способом фіксації (формальні та неформальні, усні або письмові, виражені явно або приховано);
- за ступенем узагальненості /конкретні взірці дії, або загальні принципи діяльності/;
- за ступенем універсальності дії /специфічні привілеї чи вимоги, або загально визнані права і обов'язки/. Це можуть бути позитивні (накази) або негативні (заборони) характеристики дії.

Умовою дієвості соціальних норм є їх обґрунтованість з точки зору відповідності тим цінностям та ідеалам, що панують в даному суспільстві. Дотримання соціальних норм забезпечується двома шляхами : шляхом інтерналізації /тобто перетворення зовнішніх вимог у внутрішні потреби, звички/, що відбувається в процесі соціалізації індивіда /при тому дотримання норм стає для нього внутрішньою потребою/, або за рахунок інституалізації , тобто включення в структуру суспільства і соціального контролю, через використання різноманітних санкцій до тих, чия поведінка відхиляється від прийнятих норм.

Таким чином, розглядаючи процес нормативного регулювання людської діяльності, слід мати на увазі:

- **норма** -це загальноприйняте правило;
- за цим правилом обов'язково стоїть **санкція** – нагорода чи покарання, схвалення або осуд;
- вимога без санкції – це **гасло**, а не норма;
- наявність норми передбачає постійну можливість **відхилення/невиконання** або порушення/, інакше вона була б незалежною від вибору суб'єкта ;
- суб'єктивна сторона норми виявляється не тільки в згоді суб'єкта діяти у відповідності до неї, але і в **очікуванні аналогічної поведінки** від інших людей ;
- складний характер поведінки особи та соціальної групи потребує для свого регулювання різних норм, пов'язаних між собою в **систему**.

Друга складова соціального контролю **-санкції**. Санкція не обов'язково означає покарання, можна вважати санкцією і заохочення, які сприяють дотриманню соціальних норм. Соціальні санкції - це розгалужена система винагород за виконання норм, тобто за конформізм, за поведінку узгоджену з соціальними нормами, та покарань за відхилення від них, тобто за девіантність.

Розрізняють чотири типи санкцій: позитивні та негативні, формальні та неформальні.

Разом вони дають чотири типи сполучень, які можна показати у вигляді логічного квадрату:

Санкції	Позитивні	Негативні
Формальні	Ф +	Ф -
Неформальні	Н +	Н -

Формальні позитивні /Ф+/- - публічне схвалення офіційними організаціями /урядом, установою, творчою спільнотою/: урядові нагороди, державні премії, стипендії, титули, звання, наукові ступені, побудова пам'ятника, вручення грамоти, допуск до високих посад.

Неформальні позитивні /Н+/- - публічне схвалення неофіційними організаціями , особами : дружня похвала, комплімент, мовчазне визнання, доброзичливе ставлення, аплодисменти, слава, посмішка.

Формальні негативні/Ф -/- покарання, що передбачаються законами, урядовими наказами, адміністративними інструкціями і т.п.: тюремне ув'язнення, конфіскація майна, пониження в посаді, відлучення від церкви.

Неформальні негативні/Н -/- - покарання, що непередбачені офіційними інстанціями: попередження, глузування , прізвиська, відмова подати руку.

Соціальні санкції виконують ключову роль в системі соціального контролю. Самі по собі норми нічого не контролюють. Поведінку людей контролюють інші люди, чи організації шляхом застосування санкцій. Санкції є також передбачуваними та загальноприйнятими. Кожен з нас знає, що за винахід, наприклад, ми можемо очікувати офіційної нагороди, а за

злочин - тюремного ув'язнення. Коли ми очікуємо від іншої людини певного вчинку, маємо надію, що вона знає не тільки норму, але і санкцію за її невиконання. Таким чином, норми і санкції пов'язані в єдине ціле. Якщо у якоїсь норми відсутня супроводжуюча санкція, то вона перестає регулювати реальну поведінку, стає гаслом, закликком, але перестає бути елементом соціального контролю.

Взаємодія індивіда і суспільства з точки зору соціального контролю виявляє внутрішню суперечливість. З одного боку, індивід не може набутися індивідуальності, сформувати свої соціальні якості та риси поза суспільством. З другого боку, людина не може зберегти та розвинути індивідуальність, якщо лише автоматично пристосовується до взірців культури. Динамічна модель соціального контролю включає в себе наступні основні елементи: індивід, соціальна спільнота (група, клас, суспільство); індивідуальна дія; соціальна дія.

Індивідуальна дія та соціальна дія співвідносяться між собою як дія, що контролюється, та дія, що контролює, при тому йдеться саме про взаємодію, а не про односпрямований контроль без зворотнього зв'язку. Акт соціальної (групової) дії, що виступає в системі соціального контролю у вигляді реакції на індивідуальну поведінку, у свою чергу сам виконує функцію соціального стимулу (позитивного або негативного), що визначає характер наступних актів індивідуальної поведінки.

Індивід (індивідуальна дія) і соціальна група (соціальна дія) - це вихідні елементи системи соціального контролю. Принципово важливим, однак, є існування, як додаткових елементів цієї системи, таких проміжних перемінних соціально-психологічного характеру, що безпосередньо впливають на характер і спрямованість індивідуальної та соціальної дії. До них як правило, зараховують: а) самооцінку суб'єкта (індивіда або соціальної групи); б) сприйняття і оцінку суб'єктом соціальної ситуації (соціальна перцепція), де діють як індивід, так і соціальна група. Самооцінка і оцінка ситуації - важливі соціально-психологічні показники, виявлення яких дозволяє пояснити і в значній мірі спрогнозувати зміст і спрямованість актів індивідуальної та соціальної дії. У свою чергу, формування самооцінки та специфіка сприйняття соціальної ситуації залежать від характеру тих критеріїв соціальних оцінок, які стосовно індивіда формують "індивідуальну шкалу оцінок", а стосовно соціальної групи - "соціальну шкалу оцінок". Проходячи через призми цих шкал соціальні впливи викликають відповідні акти індивідуальної та соціальної дії.

Повний перелік елементів, що утворюють систему соціального контролю (в його нормативно-психологічному аспекті), включає:

1. *індивідуальні дії*, які виявляються в ході активної взаємодії індивіда з соціальним середовищем - акти пізнавального і адаптивного характеру; ці акти закріплюються або вилучаються з поведінки у зв'язку з реакцією на них соціального середовища (групи, класу, суспільства в цілому);

2. *соціальну шкалу оцінок*, що об'єктивно існує в моралі, праві, ідеології, виводиться з системи цінностей, ідеалів, життєвих інтересів

соціальної групи, класу, суспільства в цілому; від цієї шкали оцінок залежить реакція соціального середовища на індивідуальну дію;

3. *соціальну категоризацію* індивідуального акту, що є результатом функціонування соціальної шкали оцінок; віднесення цього акту до певної категорії дій (тих, що соціально схвалюються або соціально засуджуються);

4. *категоризацію індивідуальної дії*, що залежить від характеру суспільної самосвідомості, в тому числі суспільної самооцінки та оцінки соціальною групою ситуації, в якій ця група діє (соціальна перцепція);

5. *зміст реакції суспільства на індивідуальні акти*, що виконує функції позитивних або негативних соціальних санкцій; характер і зміст цієї реакції залежать від стану суспільної самосвідомості;

6. *індивідуальну шкалу оцінок*, що сформована системою цінностей, ідеалів, життєвих інтересів індивіда; від цієї шкали залежить реакція індивіда на соціальну дію;

7. *самокатегоризацію індивіда* (прийняття ролі, ототожнення себе з певною категорією осіб), що є результатом функціонування індивідуальної шкали оцінок;

8. *індивідуальну самосвідомість*, в тому числі індивідуальна самооцінка та оцінка індивідом ситуації, в якій він діє (індивідуальна перцепція). Від характеру індивідуальної самосвідомості безпосередньо залежать і самокатегоризація індивіда, і наступний акт його індивідуальної дії, який тепер вже є реакцією осіб певних категорій на соціальну дію.

В результаті дії системи соціального контролю людина діє або у відповідності до існуючих соціальних норм, або всупереч ним.

Контрольні питання:

1. Що таке система соціального контролю? Якими є її складові?
2. Що таке соціальні норми? Якими вони можуть бути?
3. Яких форм набуває соціальний контроль?
4. Як можна класифікувати соціальні санкції?
5. Чому існують труднощі у визначенні девіації?
6. Які причини девіантної поведінки з точки зору соціологів?
7. Назвіть типи девіації.

Теми для рефератів:

1. Теорії і види девіантної поведінки.
2. Методи та прийоми корекції девіантної поведінки.
3. Соціальні норми.
4. Санкції та їх вплив на девіантну поведінку.

Література:

1. Бобнева М.И. Социальные нормы и регулирование поведения. М.,1976;
2. Головаха Е.,Панина Н. Социальное безумие. – К.,1994;
3. Гилинский Я. Й. Социология девиантного поведения как специальная социологическая теория/ Социологические исследования. 1992.- № 4;
4. Захарченко М.В., Погорілий О.І. Історія соціології від античності до початку ХХ ст. - К.,1993;
5. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. – К.,1996;
6. Социальные отклонения: Введение в общую теорию. М.,1984;
7. Феофанов К.А. Социальная аномия: обзор подходов американской социологии// Социологические исследования. – 1992. - № 5;
8. Яковлев А.М. Теория криминологии и социальная практика. М., 1985. Л.Д. Климанська, В.Є. Савка Соціологія Навчально-методичний посібник

Лекція № 5.

Тема 5. «Соціальна робота в системі охорони здоров'я».

1. Поняття здоров'я, критерії та показники здоров'я.
2. Соціальна робота в системі охорони здоров'я та медико-соціальна робота.
3. Основні напрямки медико-соціальної роботи.

1. Поняття здоров'я, критерії та показники здоров'я.

Відповідно до Статуту Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) під здоров'ям розуміється «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів».

При цьому під фізичним здоров'ям розуміється поточний стан функціональних можливостей органів і систем організму.

Психічне здоров'я розглядається як стан психічної сфери людини, що характеризується загальним душевним комфортом, що забезпечує адекватну регуляцію поведінки і обумовлене потребами біологічного і соціального характеру.

Соціальне здоров'я розуміється як система цінностей, установок і мотивів поведінки в соціальному середовищі.

Однак визначення поняття здоров'я, дане експертами ВООЗ, не розкриває мета його збереження і важливість для людини. З точки зору цільової функції здоров'я, В.П.Казначеев (1975) дає наступне визначення даного поняття: «Здоров'я - це процес збереження і розвитку біологічних, психічних, фізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній тривалості його активного життя».

Виходячи з цього визначення, метою здоров'я є: «забезпечення максимальної тривалості активного життя».

Аналіз існуючих визначень понять здоров'я дозволив виявити шість основних ознак здоров'я.

1. Нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації - клітинному, гістологічному, органному та ін Нормальний перебіг фізіологічних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню.

2. Динамічна рівновага організму, його функцій і факторів зовнішнього середовища або статична рівновага (гомеостаз) організму і середовища. Критерієм оцінки рівноваги є відповідність структур і функцій організму навколишніх умов.

3. Здатність до повноцінного виконання соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно корисній праці.

4. Здатність людини пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в навколишньому середовищі (адаптація). Здоров'я ототожнюють з поняттям адаптація, так як, щоб система могла зберігатися, вона повинна змінюватися, пристосовуватися до змін, що відбуваються в навколишньому середовищі.

5. Відсутність хвороб, хворобливих станів і хворобливих змін.

6. Повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегуляції і гармонійної взаємодії всіх його органів.

Вважають, що оцінку здоров'я слід проводити в динаміці для кожної окремої людини, відповідно до його індивідуальними особливостями і поточним станом. Поняття індивідуального здоров'я відбиває здоров'я, властиве конкретній людині. Його оцінюють по персональному самопочуттю, наявності або відсутності захворювань, фізичному стану і т.д. Для повного уявлення, врахування індивідуальних показників здоров'я людини в даний час виділяють вісім основних груп показників індивідуального здоров'я (таблиця 1), значна частина їх може бути виражена кількісно, що дозволяє отримати сумарну величину рівня здоров'я, крім того, динаміка показників індивідуального здоров'я дозволить судити про стан і перспективи здоров'я даної людини.

ПОКАЗНИКИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

<i>Генетические</i>	Генотип, отсутствие дизэмбриогенеза, наследственных дефектов
<i>Биохимические</i>	Показатели биологических тканей и жидкостей
<i>Метаболические</i>	Уровень обмена веществ в покое и после нагрузок
<i>Морфологические</i>	Уровень физического развития, тип конституции (морфотип)
<i>Функциональные</i>	Функциональное состояние органов и систем: - норма покоя - норма реакции - резервные возможности, функциональный тип
<i>Психологические</i>	Эмоционально-волевая, мыслительная, интеллектуальная сферы: - доминантность полушария - тип ВНД - тип темперамента - тип доминирующего инстинкта
<i>Социально-духовные</i>	Целевые установки, нравственные ценности, идеалы, уровень притязаний и степень признания и т.д.
<i>Клинические</i>	Отсутствие признаков болезни

Для індивідуальної оцінки здоров'я дітей і підлітків використовують угруповання дітей за станом здоров'я, розроблену С.М. Громбах та ін. В основу угруповання покладено стан здоров'я організму, що оцінюється за відсутності або наявності функціональних порушень, морфологічних відхилень, хронічних захворювань і ступеня їх тяжкості.

Виділено наступні групи здоров'я:

I група - здорові;

II група - здорові з функціональними і деякими морфологічськими відхиленнями, функціональними відхиленнями після перенесених захворювань, які страждають частими гострими захворюваннями, що мають пору-ня зору середніх ступенів;

III група - хворі з хронічними захворюваннями в компенсованому стані, а також діти з фізичними вадами, значними наслідками травм, що не порушують, однак, пристосовності до праці і іншим умовам життя;

IV група - хворі з хронічними захворюваннями в субкомпенсованому стані, що утрудняють пристосування до праці і іншим умовам життя ;

V група - хворі в декомпенсованому стані, інваліди I і II груп.

Для характеристики стану здоров'я дитячих і підліткових контингентів прийняті наступні показники:

- захворюваність за зверненнями визначається шляхом врахування всіх випадків захворювань за рік на 100 обстежуваних дітей та підлітків;

- індекс здоров'я - питома вага осіб, абсолютно не хворіли за рік у відсотках до числа обстежених;

- кількість часто хворіючих дітей протягом року. Цей показник визначається у відсотках відношенням часто хворіючих дітей до числа обстежених. При цьому часто болючими вважають тих дітей, які протягом року хворіли чотири рази і більше;

- патологічна ураженість або хворобливість - поширеність хронічних захворювань, функціональних відхилень у відсотках до загального числа обстежених. Виявляється в результаті поглиблених медичних оглядів.

2. Соціальна робота в системі охорони здоров'я та медико-соціальна робота

За визначенням ВООЗ, здоров'я — це "стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад".

Правові гарантії щодо забезпечення права на охорону здоров'я визначені в Конституції України і законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 липня 1992 р. № 1801-ХП.

Стаття 6. Право на охорону здоров'я. Кожен громадянин України має право на охорону здоров'я

Стаття 3. Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я

В "Основах законодавства України про охорону здоров'я" та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:

здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів;

охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя;

заклади охорони здоров'я — підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання Інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників;

медико-санітарна допомога — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

Стаття 4. Основні принципи охорони здоров'я Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Становлення соціальної роботи у сфері здоров'я зумовлено погіршенням здоров'я населення, необхідністю вирішення проблем медичного і соціального характеру на якісно новому рівні. У науковій літературі висловлюються діаметрально протилежні правовим підходам думки щодо визначення понять "здоров'я" і "хвороба", переважно у контексті соціального благополуччя чи неблагополуччя людини. На думку вченого В. Ліщука соціальне благополуччя може бути передумовою нездоров'я. Незадоволеність, бажання до самоудосконалення, неприйняття зла, підтримка і відтворення добра є невід'ємними передумовами здорового тіла і духу. Нижчий рівень суб'єктивного відчуття благополуччя, як і верхній — об'єктивного достатку і можливостей — мають бути актуалізовані* зважаючи на рівень збереження і підвищення здатності організму до самозбереження і відтворення. На його думку, благополуччя як результат низької вимогливості, самозаспокоєності, претензій до комфортного життя несумісні зі здоров'ям. З огляду на це, він дає таке визначення здоров'я:

1. здатність організму протидіяти хворобі та іншим порушенням;
2. здатність розширювати умови повноцінної життєдіяльності;
3. здатність розширювати і підтримувати рівень життєвих цінностей;

4. здатність розширювати пізнавальну сферу, інтелектуальні можливості, підвищувати морально-етичний рівень соціуму, протидіяти деструктивним змінам.

Здоров'я — це здатність чинити опір, пристосовуватись і пристосовувати, здатність до самозбереження і саморозвитку, до все більш різнобічного середовища існування. Здоров'я — це здатність пристосовуватися до середовища і своїх власних можливостей; протидіяти зовнішнім і внутрішнім проблемам, хворобам, порушенням; зберігати себе, своє природне середо; вище; розширювати свої можливості, умови проживання, екологічного, інтелектуального, морально-етичного середовища; підтримувати довготривалість повноцінної життєдіяльності; покращувати можливості, властивості та здібності свого організму; народжувати потомство; підтримувати духовні, культурні й матеріальні цінності; адекватно поводитися, етико-естетичне ставлення до себе, ближніх, добра і зла; бути самосвідомим; якість життя і середовища проживання.

Правильне розуміння проблеми "особистість І хвороба" потребує визнання єдності біологічного і соціального в людині. Сучасні дані свідчать про те, що особистість — це така відкрита система, що сама себе регулює, включає в себе підсистеми від молекулярно-генетичного до соціально-психологічного рівнів.

Особистісне усвідомлення хвороби впливає на спосіб життя людини в цілому і характеризує когнітивну активність особистості.

На думку вченого З. Дж. Ліповські, хвороба — це перешкода, яку необхідно долати; ворог, що погрожує цілісності особистості; покарання за минулі гріхи; виявлення вродженої слабкості організму; полегшення, що дає змогу усунутися від соціальних вимог і відповідальності; стратегія пристосування до вимог життя (використання хвороби для отримання грошових компенсацій); фатальний збіг обставин, втрата можливості повноцінного існування; певна позитивна цінність, яка дозволяє особистості обрати більш високий сенс життя.

У процесі захворювання відображається власний стан особистості. Лікарі кажуть: "Скажи, як ти хворієш, і я скажу, хто ти".

Кожна особистість по-різному реагує на хворобу і сприймає свою життєву ситуацію. Є різні варіанти ставлення до хвороби: людина тримається вище хвороби, бореться з нею, не звертає на неї уваги, повністю підкоряється, стає її рабом, слугою, переоцінює симптоми, оживлює старі сліди перенесеної хвороби, затримується на тій чи іншій ознаці хвороби.

Разом з тим, вроджені спадкові захворювання, вади психофізичного розвитку, спадкова схильність до ряду захворювань, зміни біологічної системи організму справляють вплив на соціальне середовище.

Стан соціального середовища проживання людини, економічне благополуччя суспільства визначають такі демографічні показники, як народжуваність, смертність, структура захворюваності населення, інвалідизація тощо, які є предметом спеціальних медико-соціальних досліджень, на основі яких розробляються різні комплексні програми

оздоровлення суспільства. Вирішуючи схожі проблеми, що спрямовані на поліпшення добробуту суспільства і конкретного індивідуума, медицина і соціальна робота використовують різні методологічні підходи.

Медицина переважно досліджує анатомо-фізіологічний стан організму людини в цілому і її окремих систем, виявляючи відхилення від фізіологічної норми, діагностує патологічні зміни в організмі, визначає причинно-наслідкові зв'язки, які лежать в їх основі, механізми розвитку захворювань.

Соціальна робота в системі охорони здоров'я — система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку оптимальної працездатності та соціальної активності людей з інвалідністю, сприяння здоровому способу життя громадян.

У багатьох країнах світу соціальна робота стала невід'ємним компонентом сфери охорони здоров'я, в межах якої соціальний працівник проводить соціальний захист пацієнтів через систему соціального страхування, надає психологічну підтримку, проводить рекреаційну роботу.

Соціальна робота в європейських країнах та Сполучених Штатах має широкий спектр застосування. Соціальні працівники в цих країнах вирішують такі завдання:

надання первинної психологічної допомоги жінкам, які народжують дітей з вадами розвитку, консультування їх з правових питань;

- медико-соціальна робота;
- психологічна підтримка і консультування з правових питань осіб, які зазнали шкоди для свого організму з боку інших осіб, зазнали каліцтва тощо;
- психологічна підтримка людей похилого віку в стаціонарному закладі охорони здоров'я;
- організація рекреаційної роботи для дітей;
- соціальне страхування на випадок хвороби;
- організація спеціальних соціальних програм для особливих категорій пацієнтів — онкохворих, хворих на лейкемію, інвалідів.

Медико-соціальна робота визначається як вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, яка спрямована на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Її головна мета — досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною чи психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів з допомоги у сфері охорони здоров'я, тому що зумовлює системні медико-соціальні впливи на більш ранніх стадіях захворювання і розвитку хворобливих процесів.

Є два типи медико-соціальної роботи — патогенетичний і профілактичний. Патогенетична медико-соціальна робота включає в себе заходи з організації медико-соціальної експертизи, медико-соціальної

допомоги, соціальної роботи в окремих галузях медицини та охорони здоров'я.

Профілактична медико-соціальна робота обумовлює вжиття заходів з попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, забезпечення соціального захисту всіх громадян у питаннях охорони здоров'я тощо.

Профілактична медико-соціальна робота розподіляється на два види:

- первинна профілактика;
- вторинна профілактика.

Завдання первинної профілактики — попередження розвитку у людини патологічних станів, тобто проведення соціально-економічного аналізу, формування у населення уявлень про здоровий спосіб життя, активну життєву позицію щодо свого здоров'я.

Завдання вторинної профілактики — попередження подальшого прогресування хвороби, розробка комплексу лікувальних і профілактичних заходів, а також вирішення цілої низки соціальних завдань. При цьому проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, вивчається вплив соціальних факторів (характер трудової діяльності, економічний стан сім'ї, повноцінність і різнобічність харчування, забезпеченість житлом, економічна і кліматогеографічна обстановка місцевості проживання) на здоров'я людини. При роботі з хронічно хворим необхідно формувати у нього активну життєву позицію, яка перешкоджає розвитку соціального утриманства. Важливими чинниками при цьому є влаштування побуту, матеріальна і моральна підтримка сім'ї, працевлаштування відповідно до стану здоров'я.

Суттєвий напрям профілактичної медико-соціальної роботи — підвищення рівня медичної освіти населення, формування у нього уявлень про здоровий спосіб життя і його значення у попередженні захворювань. З цією метою використовуються ЗМІ, проводяться семінари, індивідуальна санітарно-просвітницька робота, різноманітні форми навчання.

Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є виявлення найбільш важливих соціальних факторів, які справляють негативний вплив на здоров'я людини; безпосереднє їх усунення чи зменшення впливу на організм: надання матеріальної допомоги малозабезпеченим чи багатодітним сім'ям, психологічна корекція стану, патронаж "сімей соціального ризику", надання допомоги клієнтам у вирішенні правових проблем, забезпечення їх продуктами харчування, ліками, дотримання соціальних гарантій, які визначені Конституцією України.

Активним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є **спільна з клієнтом робота з попередження шкідливих звичок** (паління, вживання алкоголю тощо). Специфіка роботи визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним станом сім'ї, станом його здоров'я, мірою соціальної активності, наявністю

певних факторів, які впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства тощо.

Пріоритетним напрямком патогенетичної медико-соціальної роботи є **реабілітація**, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, повне чи часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, її соціальної активності. Міра відновлення соціальної активності людини та її адаптаційних процесів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що реабілітацію здійснюють медичні працівники.

До завдань реабілітації належить також підвищення якості життя пацієнтів. До цього часу при цілій низці хвороб виправдала себе триденна система реабілітації пацієнтів: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку), при деяких (інфаркт міокарда, інсульт) — чотириденна система реабілітації: стаціонар-лікарня-санаторій (будинок відпочинку) — спеціалізовані реабілітаційні центри, які забезпечені сучасною апаратурою і які використовують сучасні методики відновлення хронічно хворих. На етапі реабілітації проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, професійна орієнтація, вирішуються питання працевлаштування, перекваліфікації. Поряд з цим на етапі реабілітації досить гостро постають питання правового, соціального характеру, корекція психологічного стану. Важливість соціальної роботи в системі реабілітації при визначенні трудового прогнозу підтверджує медико-соціальна експертиза, яка здійснюється переважно у лабораторно-поліклінічній ланці. Разом зі станом здоров'я враховується також рівень соціальної захищеності людини, визначається необхідність надання соціальної допомоги особам, у яких є психофізичні відхилення.

У виникненні і розвитку значної кількості захворювань соціальні фактори відіграють якщо не основну, то визначальну роль. Тому профілактика виникнення і розповсюдження захворювань, ефективна боротьба з ними неможливі без активного виявлення та усунення соціальних факторів. На сьогодні ця робота фактично покладена на медичних працівників, які, на жаль, не мають певних знань із соціальної роботи і необхідного часу. Значна частина робочого часу дільничного терапевта присвячена вирішенню соціальних, а не медичних проблем хворих. Все це підтверджує важливість соціальної роботи у сфері охорони здоров'я.

Успішне вирішення цієї проблеми можливе із включенням в її структурні підрозділи чи відділення самостійних медико-соціальних підрозділів (кабінетів), які зможуть вирішувати окремі питання: соціально-психологічна, юридична консультація, виробнича реабілітація, робота з сім'єю тощо, а також методична допомога лікарям з метою підвищення ефективності попередження виникнення і прогресування захворювання.

Основу медико-соціальної роботи мають становити, вікові, статеві дані про пацієнтів, врахування професійної діяльності, адаптаційних ресурсів, стан медико-соціального середовища.

Як і медична діяльність, спрямована на профілактику захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і медико-соціальну роботу часто поділяють на первинну і вторинну.

Первинна соціальна робота зумовлює відновлення у населення необхідності дотримуватися здорового способу життя, вирішення цілої низки соціальних проблем суспільства, сім'ї, індивіда, досягнення певного рівня економічного розвитку суспільства.

Вторинна соціальна робота зумовлює створення певних соціальних умов, які дозволяють особистості без шкоди для здоров'я краще адаптуватися у соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчувати себе особистістю, а також вирішення цілого ряду інших соціальних проблем (забезпеченості необхідними житловими умовами, транспортом, харчуванням, професією, яка відповідає стану здоров'я, усунення шкідливих звичок тощо).

Не менш важливою є соціальна робота щодо вирішення проблеми усунення факторів, які сприяють формуванню хвороби.

При цьому необхідно визначити роль кожного соціального фактора і їх сукупності в генезі патологічного процесу в організмі хворого (паління, вживання алкоголю, шкідливе виробництво тощо). Зрозуміло, що без їх вирішення неможливо здійснити ефективне лікування захворювань, попередити їх прогресування і розвиток ускладнень.

Соціальна робота відіграє основну роль на етапі трудової реабілітації, визначення працездатності, трудового прогнозу, професійної переорієнтації, створення певних виробничих умов для підтримки соціальної активності індивіда.

Стаття 32. Сприяння здоровому способу життя населення Держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вжиття заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікарсько-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та Інших оздоровчих закладів, на боротьбу зі шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Реклама тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров'я людини, здійснюється відповідно до Закону України "Про рекламу".

З метою запобігання шкоди здоров'ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров'я України

розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу.

В Україні пріоритетним напрямком соціальної роботи у сфері охорони здоров'я є сприяння здоровому способу життя. У законодавстві про охорону здоров'я, у ст. 32 дається визначення поняття "сприяння здоровому способу життя".

Основною віковою групою, на яку спрямовані заходи з формування здорового способу життя, є молодь. Згідно з оглядом в рамках проекту "Українська ініціатива з охорони здоров'я" встановлено, що основну інформацію щодо проблем здоров'я молодь отримує із засобів масової інформації, а також від своїх друзів, а не від медичних працівників, учителів або батьків. Доступ до послуг з охорони здоров'я, особливо стосовно таких проблем, як репродуктивне здоров'я і планування сім'ї обмежений. Послуг щодо діагностики і лікування, планування сім'ї, профілактики і лікування наркоманії, які б були спрямовані на молодь, майже немає, молодь не має до них доступу або не може їх собі дозволити. Відсутність консультативних послуг і недружня атмосфера у клініках віддаляють молодих людей. Є медичні послуги спрямовані на так звану "організовану молодь". Це означає, що вуличні діти та ті, кого було виключено зі шкіл, не мають змоги отримати кваліфіковану допомогу. Безпечного і сприятливого середовища, де молодь може, як мінімум, отримати доступ до інформації, неупереджено спілкуватись з фахівцями та в разі потреби скористатись лікуванням, майже не існує. Право молоді брати участь у прийнятті рішень часто не поважається, і до її голосів не прислуховуються. Вона зовсім не залучена у процес прийняття рішень, що стосуються їхнього життя і розвитку.

Конфлікти у сім'ях (43 %), алкоголізм батьків (38 %) та неповні сім'ї (37 %) ще більше посилюють безлад у поведінці молоді. Високий рівень розлучень (3,8—43 %), що в 1992—1995 рр. дорівнював близько 50 % щорічного числа шлюбів, пов'язані з насильством у сім'ї. Діти все частіше тікають з дому через насильство, від якого вони там потерпають. Учні старших класів виявляють високий рівень агресивності, вони не задоволені своїм життям і з песимізмом дивляться у майбутнє.

Недостатня також підтримка молоді на громадському рівні. Вона має надаватися через мережу соціальних послуг Міністерства у справах сім'ї та молоді. Проте ці послуги засновані недавно і їх надання ще потребує підтримки і зміцнення знаннями і навичками. Тому робота щодо сприяння здоровому способу життя проводиться соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді, реабілітаційними закладами та іншими організаціями, зокрема міжнародними. Однією з них є програма Дитячого міжнародного фонду ЮНІСЕФ "Здоров'я та розвиток молоді". У межах цього проекту проводилася така робота: просвітницька діяльність серед молоді та її лідерів стосовно навчання соціальних навичок — участі у прийнятті рішень, формуванні здорового способу життя, в заходах профілактики ВІЛ/СНІДу, у програмі за методикою "рівний — рівному" тощо; підготовка фахівців для

проведення нових для країни форм роботи з дітьми та молоддю; адаптація та реалізація наявних соціальних проєктів, розрахованих на роботу з конкретною групою молоді; видання інформаційних, методичних та дидактичних матеріалів, розроблених на підставі досвіду реалізації програм з формування здорового способу життя; підтримка вжиття заходів (конференцій, ярмарок), спрямованих на поширення досвіду, накопиченого в ході реалізації соціальних проєктів; здійснення досліджень, необхідних для подальшої роботи з проблем здоров'я і розвитку молоді, для вивчення ситуацій та оцінювання; технічна підтримка партнерів.

Соціальні служби проводять заходи у загальноосвітніх, вищих навчальних закладах, реабілітаційних установах, в різних організаціях та підприємствах, в системі громадської освіти, використовуючи такі форми і методи роботи, як просвітницька діяльність, проведення тренінгів, семінарів, соціальних акцій, кампаній та ін.

3. Основні напрямки медико-соціальної роботи.

Медико-соціальна робота - це вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я.

Її головна мета - досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Важливим є те, що медико-соціальна робота принципово змінює комплекс заходів допомоги та сфері охорони здоров'я, так як- припускає системні медико-соціальні впливи на більш ранніх стадіях захворювання і розвитку хворобливих процесів.

У зв'язку з цим стає зрозумілим, що комплексне вивчення медичних і соціальних факторів, що впливають на здоров'я людини, має істотну перевагу перед одностороннім урахуванням лише медичних або соціальних аспектів у проведенні профілактичної роботи.

Існують два типи медико-соціальної роботи - патогенетична та профілактична.

Патогенетична медико-соціальна робота включає в себе заходи щодо організації медико-соціальної допомоги, проведення медико-соціальної експертизи, соціальної роботи в окремих областях медицини та охорони здоров'я.

Профілактична медико-соціальна робота передбачає проведення заходів щодо попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, формування здорового способу життя, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я та ін.

Профілактична медико-соціальна робота підрозділяється на два види: первинна профілактика; вторинна профілактика.

Завдання **первинної профілактики** - попередження розвитку у людини патологічних станів, тобто проведення соціально-економічного аналізу, формування у населення уявлень про здоровий спосіб життя, активної життєвої позиції по відношенню до свого здоров'я. **Вторинна профілактика** спрямована на попередження подальшого прогресування хвороби і передбачає комплекс лікувальних і профілактичних заходів, а також рішення цілого ряду соціальних завдань. При цьому проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначається трудовий прогноз, вивчається вплив соціальних факторів (характер трудової діяльності, економічний стан сім'ї, повноцінність і різноманітність харчування, забезпеченість пацієнтів житлом, економічна і кліматогеографічного обстановка місцевості проживання тощо) на здоров'я людини. При роботі з хворою людиною необхідні цілеспрямоване формування у нього активної життєвої позиції, що перешкоджає розвитку соціального утриманства, пристрій побуту, матеріальна і моральна підтримка його сім'ї, його працевлаштування відповідно до стану здоров'я. При необхідності здійснюються перекваліфікація, надання скороченого робочого тижня, зменшення тривалості робочого часу і робочого тижня тощо

Важливий напрямок профілактичної медико-соціальної роботи - **підвищення рівня медичної освіти населення**, формування у нього уявлень про здоровий спосіб життя і його значення в попередженні захворювань. У цих цілях використовуються телебачення, радіо, друк, лекції, семінари, індивідуальна санітарно-просвітницька робота, навчання в організованих в установах охорони здоров'я "школах" для організованих груп пацієнтів.

Другим значимим напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є **виявлення найбільш важливих соціальних факторів**, що роблять негативний вплив на здоров'я людини, і безпосереднє їх усунення або зменшення їх впливу на організм: надання матеріальної допомоги малозабезпеченим чи багатодітним сім'ям, психологічна корекція стану, патронаж "сімей соціального ризику", надання допомоги клієнтам у вирішенні правових проблем, забезпеченні їх харчуванням, ліками, дотримання соціальних гарантій, визначених Конституцією РФ.

Активним напрямком профілактичної медико-соціальної роботи є **спільна з клієнтами робота з попередження шкідливих звичок** (куріння, зловживання алкоголем і т.п.). Специфіка конкретної соціальної роботи з людьми визначається багатьма факторами: віком клієнта, видом його соціальної діяльності, економічним становищем його сім'ї, станом його здоров'я, ступенем соціальної активності, наявністю певних факторів, що впливають на здоров'я людини, можливостями суспільства та ін.

Пріоритетним напрямком патогенетичної медико-соціальної роботи є **реабілітація хворих**, тобто комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, повне або часткове відновлення порушених функцій організму, підвищення адаптаційних ресурсів людини, її соціальної активності. Ступінь відновлення

соціальної активності людини і його адаптаційних ресурсів є своєрідним підсумком медико-соціальної роботи. Відсутність в штаті лікувальних установ соціальних працівників пояснює той факт, що реабілітацію хворих здійснюють медичні працівники.

До завдань реабілітації відноситься також **підвищення якості життя пацієнтів**. До теперішнього часу при цілому ряді захворювань виправдала себе триденна система реабілітації пацієнтів: стаціонар - поліклініка - санаторій (будинок відпочинку), а при інших (наприклад, при інфаркті міокарда, інсульті - чотириденна система реабілітації пацієнтів : стаціонар - поліклініка - санаторій (будинок відпочинку) - спеціалізовані реабілітаційні центри, оснащені сучасною апаратурою і використовують сучасні методики відновлення хворих). На етапі реабілітації хворих проводиться медико-соціальна експертиза працездатності, визначаються трудовий прогноз, професійна орієнтація, вирішуються питання трудового влаштування, перекваліфікації. Поряд з цим на етапі реабілітації хворого вельми гострими є питання правового, соціального характеру, корекція психологічного стану. Важливість соціальної роботи в системі реабілітації хворих при визначенні трудового прогнозу підтверджує проведена реорганізація служби лікарсько-трудової експертизи в медико-соціальну експертизу, яка здійснюється переважно в амбулаторно-поліклінічному ланці. Поряд зі станом здоров'я враховується також ступінь соціальної захищеності людини, визначається необхідність надання соціальної допомоги людині, яка має фізичні чи психологічні відхилення.

Основу медико-соціальної роботи повинні складати віково-статеві дані пацієнтів, облік професійної діяльності, адаптаційних ресурсів, стан медико-соціального середовища.

У ряді випадків соціальна робота може зіграти вирішальну роль в попередженні захворювань, забезпеченні ефективності лікування та реабілітації хворих, їх соціальної адаптації, повернення до трудової діяльності. Значимість соціальної роботи істотно зростає стосовно до таких категорій населення, як інваліди, особи з хронічними захворюваннями, літні люди.

Соціальний працівник повинен володіти високою ерудицією і використовувати великі міждисциплінарні знання - медичні, правові, психологічні, філософські, економічні, соціальні та ін.

До завдань соціальної роботи в системі охорони здоров'я відносяться: сприяння пацієнтові в підвищенні його адаптаційних ресурсів у суспільстві, повнішому використанні його фізіологічного потенціалу з урахуванням стану здоров'я; сприяння у працевлаштуванні, організації долікарської медичної допомоги та догляду за хворими; надання необхідної соціальної допомоги помираючим; санітарно-гігієнічні заходи; санітарний просвітництво населення; санітарна допомога інвалідам у забезпеченні їх санітарним транспортом, різними пристосуваннями для виконання елементарних життєвих навичок.

Специфіка соціальної роботи визначається станом здоров'я (фізичного, психічного) конкретного пацієнта, ступенем порушення його адаптаційних ресурсів у суспільстві і можливістю їх часткового або повного відновлення.

Соціальна робота в медицині різноманітна, що визначається численністю соціальних груп населення і різних патологічних станів, вираженістю порушень функцій організму, ступенем втрати працездатності і працездатності, а також роллю тих чи інших соціальних факторів у розвитку захворювань.

Соціальна робота в медицині призначена для створення та зміцнення громадського та індивідуального здоров'я, що об'єднує її з медичною діяльністю. Проте методи, використовувані ними, різні.

Так само як медична діяльність, спрямована на профілактику захворювання, поділяється на первинну і вторинну, так і медико-соціальну роботу нерідко поділяють на первинну і вторинну.

Первинна соціальна робота увазі відновлення у населення необхідність дотримання здорового способу життя, вирішення цілої низки соціальних проблем суспільства, сім'ї, індивідуума, досягнення певного рівня економічного розвитку суспільства.

Вторинна соціальна робота передбачає створення певних соціальних умов, що дозволяють хворому людині без шкоди для здоров'я краще адаптуватися в соціальному середовищі, бути корисним суспільству, відчувати себе особистістю, а також рішення цілого ряду інших соціальних проблем (забезпеченість необхідними житловими умовами, транспортом, харчуванням, професією, відповідної станом здоров'я, усунення шкідливих звичок - куріння, зловживання алкоголем і т.п.).

У російській системі організації охорони здоров'я соціальна робота частково здійснюється медичним персоналом, що працює по дільничним принципом сімейної медицини та здійснює соціальний патронаж тяжкохворих, престарілих і самотніх людей, інвалідів. Найважливішу роль відіграють виділяються в лікувальних установах так звані соціальні ліжка. В останні роки стали створюватися хоспіси, які, на жаль, через дорожнечу залишаються недоступними для більшості людей, які потребують тільки в соціальному звільненні за станом здоров'я. Звичайно, соціальна робота па лікарській ділянці була б більш ефективна при участі в ній соціального працівника, що володіє необхідними знаннями і вирішального соціальні проблеми хворої людини.

Не менш важлива соціальна робота при вирішенні проблеми усунення факторів, що сприяють формуванню хвороби. При цьому необхідно визначити роль кожного соціального фактора і їх сукупності в генезі патологічного процесу в організмі хворого: куріння, зловживання алкоголем, шкідливе виробництво і т.п. Зрозуміло, що без їх вирішення неможливо провести ефективне лікування захворювань, попередити їх прогресування і розвиток ускладнень.

Соціальна робота відіграє основну роль на етапі трудової реабілітації хворих, визначення його працездатності і працездатності, трудового

прогнозу, професійної переорієнтації, створення певних виробничих умов для підтримки соціальної активності індивідуума.

Важливими напрямками медико-соціальної роботи залишаються: планування сім'ї, охорона материнства і дитинства; психотерапія; наркологія; онкологія та ін.

В обов'язки фахівців соціальної роботи входять:

- розробка спільно з лікарем індивідуальних планів соціальної реабілітації підлітків після переривання незапланованої вагітності, надання психологічної допомоги на різних етапах вагітності;
- формування у підлітків та інших клієнтів відповідальності за репродуктивне здоров'я, соціальна поведінка і поведінку партнера, розробка та організація заходів щодо їх соціального захисту та підтримки;
- виявлення осіб, що зазнають негативний вплив соціального оточення за місцем проживання, навчання, роботи, надання їм необхідної допомоги;
- спрямування на консультації але питань планування сім'ї, надання психологічної та соціальної допомоги молодим сім'ям;
- інформування про права та пільги вагітних жінок;
- забезпечення взаємодії різних державних і громадських організацій щодо надання необхідної соціальної допомоги населенню, пов'язаної з плануванням сім'ї; і т.д.

Медико-соціальна робота в охороні здоров'я спрямована на вирішення соціальних проблем жінки, матері і дитини, дітей дошкільного та підліткового віку, дорослого населення, літніх і престарілих, інвалідів. Коло цих проблем досить широкий, і без їх вирішення не можна домогтися забезпечення громадського здоров'я. Вирішення соціальних проблем різних категорій населення в певній мірі регламентується законодавчими актами та правовими нормативами.

Предмет особливої уваги - літні і старі люди. Як відомо, в останні два-три десятиліття повсюдно відзначено збільшення кількості осіб похилого та старечого віку, що супроводжується поліпатологією.

Пацієнти, у більшості яких відзначаються порушення опорно-рухового апарату, нерідко відчують тривогу, страх падіння, що призводить до обмеження їх фізичної активності та самообслуговування. Вони бояться вийти за межі кімнати, будинки. Зміна психологічного стану організму посилює прийом транквілізаторів, снодійних, гіпотензивних та інших препаратів.

Хвороба Альцгеймера в осіб старезного і старечого віку, яка проявляється в порушенні мови (афазія), здатності рухатися, неможливості ідентифікувати навколишні предмети і близьких людей (агнозія), ослабленні інтелекту, пам'яті, соціальної, професійної адаптації, стає все більш поширеною формою первинних дегенеративних процесів.

Зазначені психологічні розлади і поведінкові порушення обумовлюють особливості медико-соціальної роботи з особами похилого та старечого віку, проведення реабілітаційних заходів, догляду за хворими.

Найважливіший напрямок медико-соціальної роботи - робота з клієнтами, страждаючими наркотичними захворюваннями. В останні роки істотно зросла захворюваність населення в Україні (як і в більшості країн світу) алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією. Зазначені захворювання відносяться до соціальної патології, тобто обумовлені переважним впливом соціальних факторів на організм людини. Соціальна значущість зазначених захворювань визначається матеріальним збитком, який вони завдають суспільству, а також медико-біологічними наслідками для здоров'я нинішніх і наступних поколінь.

Як показує історичний досвід боротьби з даними захворюваннями допомогою системи заборон, ізоляції хворих від суспільства та інших обмежувальних заходів, позбавлення суспільства від так званої чуми ХХ і початку ХХІ ст. - Вельми складне завдання. Для її вирішення необхідно здійснення комплексу правових, педагогічних, психологічних, медичних та інших заходів щодо конкретного індивідуума, його найближчого оточення і суспільства в цілому. Ця робота має бути спрямована не на ізоляцію хворого, а на надання йому всебічної допомоги з боку суспільства з метою більш швидкого позбавлення від недуги.

Небезпека людей, які страждають наркоманією, для суспільства полягає і в тому, що вони становлять "групу ризику" з ВІЛ-інфекції, що придбала в силу поширеністю вид своєрідною епідемії. Тяжкість перебігу розгорнутої клінічної стадії захворювання (СНІД), високий відсоток летальних результатів, складне психологічний стан хворих, що відчують свою приреченість в силу відсутності ефективних методів лікування, вимагають своєрідного підходу до проведення соціальної роботи з ними та їх оточенням.

Наведені короткі дані свідчать про важливість соціальної роботи в системі охорони здоров'я з метою реального об'єднання зусиль медичної та соціальної служб, спрямованих на зміцнення громадського здоров'я та збереження цивілізації. Ця проблема може бути вирішена шляхом створення системи організаційних, медичних, соціально-правових та інших заходів.

Контрольні питання.

1. Що таке здоров'я згідно Статуту ВООЗ?
2. Що таке здоров'я за визначенням В.П. Казначеева?
3. Назвіть ознаки здоров'я?
4. Які існують групи здоров'я?
5. У яких документах зазначені правові гарантії щодо забезпечення права українців на охорону здоров'я?
6. Завдання первинної і вторинної профілактики.
7. Медико-соціальна робота в системі охорони здоров'я.
8. Медико-соціальна робота з людьми похилого віку.
9. Медико-соціальна робота з ВІЛ-позитивними людьми.

Теми для рефератів.

6. Здоров'я людини та його ознаки.
7. Соціальна робота в системі охорони здоров'я в Україні та Європі.
8. Соціальна робота в системі охорони здоров'я в Україні та США.
9. Рівень медичної освіти населення та його вплив на здоров'я людини.
10. Соціальна робота з попередження шкідливих звичок.
11. Державна політика в Україні щодо попередження шкідливих звичок.
12. Соціальна робота з ВІЛ-позитивними людьми.

Література:

1. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2002.
2. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. — М.: ИНФРА, 2001. — С. 261—270.
3. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимовець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко, За заг. ред. І.Д. Звереві. — К.: Наук, світ, 2003. — 95 с.
4. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы / Моск. гос. соц. ун-т. — М.: Гуман. изд. центр "ВЛАДОС", 2001. — С. 236—251.
5. Грига ІМ. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод, рекомендації по проведенню навч. курсу для магістеріуму / Школа соціальної роботи Нац. ун-т "Києво-Могилян. акад." — К.: Вид. дім "КМ Academia", 2001. — (Методична серія). — 82 с.
6. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод, матеріали до тренінгу / Авт.-упоряд. Н.В. Зимовець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. — К.: Наук, світ, 2004. — С. 92—156.
7. Моделювання та впровадження програм щодо формування здорового способу життя / Під заг. ред. І. Звереві та Г. Лактіонової. — К.: Наук, світ, 2000. — 59 с. — (Благополуччя дітей та молоді: можливості соціальної роботи (у рамках проекту "Соціальна освіта в Україні")). — К.: Наук, світ, 2000. — 59 с.
8. Хижняк М./., Нагорни А.М. Здоров'я людини та екологія. — К.: Здоров'я, 1995. — 229 с.
9. Форми організації дозвілля дітей та молоді / Упоряд.: В.В. Молочний, С.О. Моньков, О.В. Безпалько; За заг. ред. І.Д. Звереві. — К.: Наук, світ, 2005. — 58 с.

Лекція № 6.

Тема 6. «Особливості соціальної роботи в системі освіти».

1. Соціальна робота в системі освіти.
2. Роль та місце соціального працівника в освіті.
 - соціальна робота в школах
 - соціальна робота в системі початкової та середньої професійної освіти
 - соціальна робота у ВНЗ.
3. Організація соціальної роботи в освіті.

1. Соціальна робота в системі освіти.

Освіта є одним з найстаріших соціальних інститутів, що здійснюють надзвичайно різноманітні функції, головна з яких - підготовка людини до життєдіяльності.

Освітні установи в багатьох країнах світу стали найбільш благодатним, стабільною сферою соціальної роботи й одночасно засобом впливу на різні категорії населення, духовного і культурного відродження людей, гармонізації відносин між особистістю та суспільством.

Як зазначає В. Г. Бочарова, в контексті професійної соціальної роботи сприяння особистості в її становленні, саморозвитку, самореалізації, освітні та культурні цінності (тобто створення умов для кожної людини в її освітньому та культурному особистісному розвитку) мають першорядне і неминуще значення, що не йде в порівняння з якою б то не було матеріальною допомогою, соціально-побутовими або іншими цінностями. Звичайно, неправомірно одне протиставляти іншому. Однак якщо уявити собі людину, яка задовольняється споживанням лише матеріальних благ (а коло діяльності соціального працівника, підчас, на жаль, звужується до такого роду допомоги), то мимоволі виникають сумніви в професіоналізмі такого соціального працівника і в результативності його допомоги (хоча навряд чи його можна засуджувати за це при вкрай низькому рівні оплати праці).

Неважко зрозуміти, що саме неможливість для багатьох дітей, молоді, людей старшого покоління долучитися до різних, раніше доступним формам освіти і цінностей культури, розвитку свого інтелектуального потенціалу, розширення кругозору; скорочення числа установ дошкільної, базової та додаткової освіти, культурних установ, місць для відпочинку, творчих та дозвіллевих занять - ці по суті своїй соціальні проблеми вкрай негативно відбилися на рівні духовно-морального, фізичного, психічного розвитку людини, і насамперед особистості дитини.

У цьому зв'язку варто особливо виділити дітей, підлітків, молодь як соціальний шар, найважливішу категорію в числі найбільш перспективних контингентів країни. Ця категорія повинна стати об'єктом найпильнішої і, головне, своєчасної уваги абсолютно всіх державних і недержавних, комерційних структур (а не тільки однієї галузі - освіти) - їх узгодженої, особистісно орієнтованої соціальної роботи.

Сприяння створенню психічно і фізично здорового, освіченого молодого покоління з високими духовно-моральними, людськими якостями, знаючого й поважаючого історію, традиції свого народу - це

загальнодержавне завдання, від вирішення якої залежить майбутнє країни. Що мають місце "перекуси" в розумінні соціальної роботи з дітьми як тільки термінової допомоги потрапили в екстремальну ситуацію, кинутим або що загубив рук підліткам відводять нас від цього завдання і завдають непоправної шкоди стає професійної соціальної роботи, яка повинна допомогти підростаючому поколінню (і кожному її представникові) знайти своє місце в житті, посприяти кожному підлітку, стати посередником між ним і всім, що його оточує в цьому непростому житті, в соціумі.

До останнього часу розуміння сутності людини зводилося до сукупності суспільних відносин. Звідси робився висновок, що міра розвитку людини, ступінь соціалізації особистості задаються суспільством. Людина розглядався як персоніфікатором соціальних зв'язків.

При цьому стверджувалося, що джерело розвитку особистості знаходиться не всередині, а поза нею. Такий підхід, безумовно, правомірний, але його не можна абсолютизувати, оскільки людина не тільки об'єкт в ряду інших об'єктів суспільства, а й суб'єкт, що володіє волею і свідомістю.

Для кожної особистості характерна своя внутрішня структура, яка залежить як від зовнішніх умов і обставин, що склалися, так і від самої людини, її суб'єктності, індивідуальності, неповторності, його фізичних, моральних, психічних, творчих, інтелектуальних, соціально значущих якостей.

Проблеми людини вплітаються в соціально-історичний процес, в конкретні соціокультурні умови його існування, діяльності, від яких залежить виховання людини, напрями, зміст, цілі особистісно орієнтованої соціальної роботи. Вона здійснюється шляхом аналізу середовища, а також місця і діяльності людини в певному мікросередовищі.

Таким чином, освіта стає одним з найважливіших факторів розвитку соціальних процесів у нашій країні, що здійснює соціальний та правовий захист особистості, що забезпечує активний розвиток особистості, здатної до позитивної саморегуляції, що реалізує широке співробітництво з усіма елементами мікросоціуму.

Значно розширюючи свої рамки, освіта в даний час сприймається особистістю не як якась замкнута система, що діє в інституціональному середовищі і приводиться в дію певним чином підготовленими фахівцями, а як відкритий процес, що відбувається не тільки в стінах освітніх навчальних закладів та інших установ інституційного середовища, а всюди і під впливом всіх осіб, що володіють досвідом і прагнуть передати його іншим.

Соціальна робота як прогресивна сфера допомагаючої діяльності соціального працівника має різні структурно-функціональні моделі: автономне, самостійне, незалежне функціонування (країни Західної Європи, зокрема Велика Британія); включеність в інші соціальні структури, наприклад в систему освіти, або поєднання з незалежними структурними елементами — СІЛА,

Соціальна робота у сфері освіти в Україні почала по суті формуватися у 80—90-ті роки ХХ ст. — етап соціальних, політичних, економічних,

соціально-культурних змін і зрушень. Найбільш значущими з них є нове державотворення, формування національних підходів до навчання і виховання особистості, розпад піонерської і комсомольської організацій, значне погіршення економічного становища громадян, неконтрольований, негативний вплив засобів масової інформації на свідомість громадян, поява таких соціальних хвороб, як наркоманія, жебрацтво, бродяжництво, безпритульність. Нові соціально-економічні умови життя створили передумови для соціального замовлення на нові форми і методи соціального навчання і виховання молодого покоління, соціального захисту дітей та молоді.

Такий підхід до розуміння освіти через освітній простір значно посилює його можливості в соціальній роботі.

Головна функція освітнього простору - розширити можливості творчої особистості, стимулювати відповідальність за все, що відбувається, у тому числі за сенс власного існування, поставити її в стан суб'єкта діяльності, що приймає рішення, який діє відповідно до вироблених цінностей.

2. Роль та місце соціального працівника в освіті

Роль і місце соціального працівника у сфері освіти доцільніше визначати в залежності від специфіки освітніх установ.

Діяльність фахівця з соціальної роботи в установах системи **дошкільної освіти** залежить, з одного боку, від вікових особливостей дітей-дошкільнят, а з іншого - від наукових уявлень про необхідні умови, що сприяють благополучному включенню дитини 3-7 років в систему освіти. Тому предметом турботи соціального працівника є потреби дошкільнят та можливості їх батьків, особливо в тих випадках, коли поведінка дитини та її навчально-ігрова діяльність створюють проблему для однолітків і вихователів або він терпить матеріальні та соціальні нестатки. У таких ситуаціях соціальний працівник стає учасником кампанії з розробки заходів профілактики та усунення симптомів неблагополуччя у долі дитини, бере на себе роль посередника і комунікатора між освітнім закладом та сім'єю, дитиною та батьками, дитиною та вихователями. Це особливо важливо, якщо дитина часто хворіє або не відвідує дошкільні установи без пояснення причин, недоглянуті, якщо відомо, що він піддається в родині жорсткому поводженню.

Коли проблема виходить за рамки компетенції освітньої установи, соціальний працівник вправі (і повинен) звернутися у відповідні повноважні соціальні інстанції.

У період включення дитини в систему дошкільної освіти найчастіше вперше виявляються його відхилення у розвитку - фізичному, емоційному, пізнавальному. У таких випадках соціальний працівник повинен організувати допомогу своєму підопічному, залучаючи відповідних фахівців - медичних працівників, психолога, соціального педагога, міліціонера, і таким чином своєчасно усунути симптоми неблагополуччя. Це, мабуть, чи не єдиний

дійсно ефективний спосіб скорочення кількості дітей "групи ризику", що мають у 3-7-річному віці ряд передумов для отримання в недалекому майбутньому діагнозу "соціальна дезадаптація".

Не повинна залишитися без уваги соціальний працівник і та категорія дітей, яку педіатри називають "неорганізованою", тобто дітей, які не відвідують дитячі дошкільні установи. У відповідності із законодавством (Закон «Про освіту») батьки є першими педагогами. Вони зобов'язані закласти основи фізичного, морального та інтелектуального розвитку особистості дитини в ранньому дитячому віці. Соціальний працівник повинен бути обізнаний про рівень виховного потенціалу сім'ї і своєчасно організувати роботу з батьками.

Незважаючи на те що діяльність фахівця з соціальної роботи в закладах дошкільної освіти переважно носить організаційно-профілактичний характер (виявлення дітей з симптомами соціального неблагополуччя, з'ясування причин неблагополуччя, організація системи адресної соціальної допомоги дітям), її значення важко переоцінити: ефективно організована система соціальної допомоги дітям в закладах дошкільної освіти є умовою скорочення числа випадків неблагополучного розвитку учнів масової загальноосвітньої школи.

Соціальна робота в школах забезпечує учням благополучне соціальний розвиток при отриманні ними початкової загальної (1-4 класи), основної загальної (1-9 класи) та середньої (повної) загальної освіти (10-11 класи). Причому слід мати на увазі, що вимога обов'язковості загальної освіти стосовно до конкретного учня зберігає силу до досягнення нею віку 18 років, якщо відповідну освіту не було отримано раніше (Закону «Про освіту»).

Як і під час роботи в дошкільних закладах, соціальний працівник, який здійснює діяльність на подальшому освітньому рівні, керується чинним законодавством, прагне задовольнити потреби учнів і при цьому враховує можливості їх сімей. У даних умовах він перетворюється на політика і стратега але організація соціальної допомоги, допомагає нужденним дітям та оздоровленню сімейного середовища. У полі його зору перебувають динаміка відвідуваності школи учнями, успішності, матеріального і соціального становища учнів "групи ризику", в першу чергу з малозабезпечених сімей, також їх відносини з однолітками, вчителями та батьками. Вчителі не зобов'язані прагнути усувати причини бідності, девіантної або делінквентної поведінки своїх учнів, так само як і інші симптоми їх соціального неблагополуччя (**Нагадаю**, що поведінка, що не узгоджується з суспільними нормами, не відповідає очікуванням групи або суспільства в цілому, **називається девіантною**).

Девіацією називають, в основному, відхилення від так званих неписаних соціальних норм (етикету, звичаїв). Є девіантна поведінка, яка

засуджується суспільством (неохайний зовнішній вигляд, голосна розмова у громадському транспорті, алкоголізм, самогубство), а є й така, що схвалюється суспільством (вона визначається надзвичайними здібностями геніїв, видатних спортсменів і громадських діячів, тобто тих людей, здобутки яких перевищують рамки норми) **Делінквентна поведінка** — це поведінка, зумовлена наявністю систем цінностей і норм, які відхиляються від тих, які домінують у суспільстві, при цьому індивід, який сприйняв делінквентну культуру, визначає свою поведінку як правильну). Соціальний працівник, відвідуючи сім'ї учнів, знаючи положення дитини в школі і класі, його потреби і біди, заохочує батьків максимально використовувати освітні можливості школи, наприклад: можливість налагодити міжособистісні відносини в сім'ї за допомогою шкільного психолога; взяти участь у громадській акції, яку організує соціальний працівник; використовувати можливості додаткової освіти, якщо дитина проявляє особливі здібності до якого-небудь виду діяльності; отримати матеріальну допомогу тощо

Особливу складність для соціального працівника можуть представляти випадки, коли учень відноситься до категорії соціально дезадаптованих дітей, а його сім'я має низький виховний потенціал, тобто в ній процвітають грубість, аморальна поведінка, психічні хвороби, антисанітарія і т.д. У таких ситуаціях ні дитина, ні соціальний працівник не можуть розраховувати на підтримку сім'ї і без залучення фахівців (соціального педагога, класного керівника, психолога, інспектора у справах неповнолітніх, нарколога та ін.) не обійтися.

У посадові обов'язки соціального працівника, який здійснює свої функції в умовах масової загальноосвітньої школи, входять також турбота про дітей, остаточно або тимчасово виключених зі школи; надання допомоги і підтримки батькам при переведенні дитини до іншого навчального закладу, система освіти в якому більшою мірою відповідає його особливостям, зокрема в тих випадках, коли обдарована дитина виховується в сім'ї, що є малозабезпеченою унаслідок багатодітності, хвороби батьків, відсутності одного з батьків і т.п.; захист прав дітей, які є представниками національних меншин, біженцями або переселенцями; виявлення дітей, які незаконно зайняті на роботі в навчальний час, і вирішення питання про їх навчання; підтримка дітей, які здобувають освіту поза школою; припинення випадків жорстокого поводження з дітьми; сприяння дітям (у реалізації їхніх прав у сфері освіти) та батькам (у використанні соціальних привілеїв, наданих школярам); організація в позаурочний час соціальної навчання учнів, тобто навчання ефективним методам вирішення побутових проблем, а також різних масових заходів - благодійних ярмарків, аукціонів, акцій милосердя та ін.

Процес професійного функціонування фахівця з соціальної роботи складається з декількох етапів: вивчення умов життя учнів - оформлення соціальних паспортів - формування системи адресної соціальної допомоги нужденним в ній школярам і координація зусиль фахівців соціальної сфери, причетних до вирішення проблем дітей "групи ризику".

Варто відзначити, що, нажаль, подібна діяльність в Україні здійснюється в основному лише в школах інноваційного типу, де дитина є ключовою фігурою навчально-виховного процесу і батьки беруть активну участь у справах навчального закладу.

Свою специфіку має соціальна робота **в системі початкової та середньої професійної освіти**. Соціальний працівник повинен враховувати вікові особливості своїх клієнтів (як правило, це підлітки та молодь у віці 15-19 років); розуміти і приймати їх інтереси і цінності; підтримувати прагнення до самостійності, пошуку і знаходженню себе у сфері праці і, що найголовніше, повинен організувати допомогу таким чином, щоб учні мали можливість знайти соціально прийнятні способи заробляння грошей на кишенькові витрати та оплату дозвілля, щоб вони знали свої права і обов'язки і вміли користуватися тими соціальними привілеями, які відповідають їх положенню. При цьому робота з сім'єю учня спецшколи, ліцеїв, технікумів раніше розглядалася як опосередкована допомога підлітку. Складання соціального паспорту на кожного учня навчального закладу, вивчення життєвих проблем підлітків, орієнтація в ситуації на ринку праці, налагоджена система професійної взаємодії з фахівцями низки соціальних сфер - ось необхідні умови надання адресної соціальної допомоги молодим людям, які отримують початкову або середню професійну освіту.

Соціальна робота у ЗВО (Закладах вищої освіти) - ще один з можливих напрямків професійного функціонування соціальних працівників в галузі освіти.

Як правило, студенти вузів з малозабезпечених сімей намагаються "підробляти" у вільний від навчання час, а із забезпечених - отримати додаткову освіту. І тим і іншим потрібна підтримка. Організований у ЗВО соціально-психологічний центр, що підтримує зв'язки з іншими навчальними закладами, підприємствами та соціальними організаціями, може надати істотну допомогу молодим людям, що бажають позбутися від злиднів і самостійно заробляти. Соціально-психологічний центр може приймати замовлення від підприємств та установ на проведення будь-яких досліджень, виконання певних видів робіт, пропонувати студентам ряд вакантних посад та робочих місць в даному ЗВО тощо.

З метою допомоги студентам, що проживають в гуртожитках, що зазнають позбавлення, приниження і багато інших незручностей, які не вміють скористатися своїми правами і пільгами, соціальний працівник формує групу підтримки із студентів-старшокурсників. Крім того, він надає допомогу студентським сім'ям.

У ЗВО навчаються також молоді люди з обмеженими фізичними можливостями, яким складно зайняти своє місце у сфері праці, діти-сироти, діти з багатодітних сімей, студенти, які мають дітей, і багато інших категорій соціально незахищеної молоді. Допомога у вигляді разових грошових виплат або речової гуманітарної підтримки не є виходом з положення. Істотну допомогу може надати соціальний працівник, який інформує студента про те,

куди, до кого, яким чином можна звернутися, щоб змінити своє становище, запропонувавши свої послуги.

Про можливості своїх клієнтів соціальний працівник повинен довідатися при заповненні соціального паспорту на кожного з них.

Особливої уваги заслуговують студенти, що демонструють видатні успіхи в навчанні, але не мають коштів до продовження освіти, змушені, щоб заробити собі на життя, переводитися на заочне відділення, чим звужують свої можливості, так як не в змозі оплатити, наприклад, курс іноземної мови, комп'ютерної грамотності та ін. Вони потребують підтримки соціального працівника і в тієї допомоги, яку він може надати відповідно до чинного законодавства.

Досвід різних країн, наприклад Англії та Німеччини, дозволяє говорити про існування двох варіантів організації соціальної роботи в освіті. В одних випадках фахівці з соціальної роботи є штатними працівниками освітнього закладу, в інших - вони працюють в соціальних службах, що забезпечують обслуговування конкретних установ освіти. У школах вони займаються з учнями, поведінка яких є девіантною або зазнають труднощі в навчанні; проводять профілактичну роботу, пропонують учням у вільний від навчання час зайнятися будь-якою діяльністю, вивчають умови їх життя, працюють з їхніми родинами. Цей варіант практикується в Англії. У Німеччині перевага віддається першому варіанту: соціальних працівників тут прийнято включати в штат освітнього закладу.

Особлива роль соціальним працівникам належить в роботі з девіантними підлітками. Найважчою проблемою стало поширення таких форм девіації, як наркоманія і токсикоманія, алкоголізм, правопорушення, невмотивована агресія та ін.

У період дорослішання підлітки часто стикаються як з об'єктивними труднощами, так і суб'єктивними переживаннями. Причинами можуть бути конфлікти в сім'ї, розлади з друзями, нерозуміння викладачів, проблеми комунікації тощо. Наслідком цього стає пошук засобів і способів поліпшення душевного стану. Тому підбір ефективних технологій в соціальній роботі з дітьми та підлітками, які проявляють девіантну поведінку, у сфері освіти буде неможливим без аналізу причин різних форм девіантності.

Соціальну роботу в цьому напрямку можна розділити на два напрями: корекційна і профілактична. Як і у всіх інших випадках, їх реалізація спирається на соціальну діагностику. Діагностика девіантної поведінки вимагає спеціальних знань і навичок, тому соціальному працівнику необхідно спиратися не тільки на свої можливості, але і на практику спеціальних соціальних установ: соціально-реабілітаційних центрів по роботі з неповнолітніми, психолого-педагогічних центрів тощо.

Мета профілактичних технологій - надання соціально-психологічної допомоги підліткам "групи ризику", виявлення бездоглядності, профілактика рецидивів кримінальної поведінки. Для профілактичної роботи важливо використовувати не тільки навчальний процес, а й позакласну роботу - індивідуальну та групову. Організація корекційних технологій вимагає від

фахівців соціальної роботи спеціальної підготовки в галузі корекційної соціальної педагогіки, культурно-дозвільної діяльності.

3.Організація соціальної роботи в освіті.

Соціальні працівники все активніше беруть участь у процесі соціалізації і формування особистості. У нашій країні в системі освіти трудяться соціальні працівники, які допомагають дітям і дорослим долати певні життєві труднощі.

Соціальний працівник повинен бути компетентним у ряді питань, наприклад, він зобов'язаний знати, що є освітнім закладом («освітнім є установа, яка здійснює освітній процес, тобто реалізує одну або кілька освітніх програм і (або) забезпечує утримання і виховання учнів вихованців »); якими можуть бути форми закладів (« освітні установи за своїми організаційно-правовими формами можуть бути державними, муніципальними, недержавними (приватними, установами громадських і релігійних організацій (об'єднань) »); чи на всі форми освітніх установ поширюється дія російського законодавства.

Здійснюючи діяльність в умовах освітнього закладу будь-якого рівня, будь-якої форми та підпорядкованості, соціальний працівник повинен бути обізнаний, хто, в силу яких причин і в якій соціальної допомоги потребує (соціальна допомога носить адресний характер); в якій частині право людини виявилось порушеним.

Відомо, що головна мета соціальної роботи - сприяти нормальній життєдіяльності людини, задоволенню та гармонізації його соціальних потреб, гармонізації потреб людини і суспільства.

Філософи і психологи пояснюють термін «освіта» як процес пошуку і створення людиною свого власного образу. Педагоги розуміють під освітою єдність трьох процесів: навчання, виховання і розвиток в спеціально створених умовах з метою передачі і засвоєння соціального досвіду .

Сучасна система освіти потребує духовно розвинених, компетентних особистостей, бо особистість виховується особистістю, духовність викликається духовністю.

Роль і місце соціального працівника в сфері освіти доцільніше визначати в залежності від специфіки освітніх установ.

У період включення дитини в систему дошкільної освіти найчастіше вперше виявляються його відхилення у розвитку - фізичному, емоційному, пізнавальному. В таких випадках соціальний працівник повинен організувати допомогу своєму підопічному, залучаючи відповідних фахівців - медичних працівників, психолога, соціального педагога тощо, і таким чином своєчасно усунути симптоми неблагополуччя.

Соціальна робота в школах забезпечує учням благополучне соціальний розвиток при отриманні ними початкової загальної (1 - 4 кл.), основної загальної (5-9 кл.) та середньої (повної) загальної освіти (10-11 кл.). В поле зору соціального працівника знаходяться динаміка відвідуваності школи

учнями, успішності, матеріального та соціального становища учнів «групи ризику », в першу чергу з малозабезпечених сімей, а також їх відносини з однолітками, вчителями та батьками. Особливу складність для соціального працівника можуть представляти випадки, коли учень відноситься до категорії соціально дезадаптованих дітей, а його сім'я має низький виховний потенціал, тобто в ній процвітають грубість, аморальну поведінку, психічні хвороби, антисанітарія і т.д.

В посадові обов'язки соціального працівника, який здійснює свої функції в умовах масової загальноосвітньої школи, входять також: турбота про дітей, остаточно або тимчасово виключених зі школи, надання допомоги і підтримки батькам при переведенні дитини до іншого навчального закладу; захист прав дітей, які є представниками національних меншин, біженцями або переселенцями; виявлення дітей, які незаконно зайняті на роботі в навчальний час, і вирішення питання про їх навчання; підтримка дітей, які здобувають освіту поза школою; припинення випадків жорстокого поводження з дітьми; сприяння дітям у реалізації їхніх прав у сфері освіти); організація в позаурочний час соціальної навчання учнів, т.е. навчання ефективним методам вирішення побутових проблем, а також різних масових заходів - благодійних ярмарків, аукціонів, акцій милосердя та ін

Свою специфіку має соціальна робота в системі початкової та середньої професійної освіти. Соціальний працівник повинен: враховувати вікові особливості своїх клієнтів (як правило, це підлітки та молодь віком 15 - 19 років); розуміти і приймати їх інтереси і цінності; підтримувати прагнення до самостійності, пошуку і знаходженню себе у сфері праці та, що найголовніше, має організувати допомогу таким чином, щоб учні мали можливість знайти соціально прийнятні способи заробляння грошей на кишенькові витрати і оплату дозвілля, щоб вони знали свої права і обов'язки і вміли користуватися соціальними привілеями. Складання соціального паспорту на кожного учня навчального закладу, вивчення життєвих проблем підлітків, орієнтація в ситуації на ринку праці, налагоджена система професійної взаємодії з фахівцями низки соціальних сфер - ось необхідні умови надання адресної соціальної допомоги молодим сім'ям, які отримують середню професійну освіту.

Соціальна робота у ЗВО – ще один з можливих напрямків професійного функціонування соціальних працівників у галузі освіти. Організований у ЗВО соціально-психологічний центр, що підтримує зв'язки з іншими навчальними закладами, підприємствами та соціальними організаціями, може надати істотну допомогу молодим сім'ям, що бажають позбутися від потреби і самостійно заробляти.

Контрольні питання.

1. Яку роль та функції виконує освіта?
2. Коли в Україні почала формуватись соціальна робота у сфері освіти? Що цьому сприяло?

3. У чому полягає особливість і важливість соціальної роботи у закладах дошкільної освіти?
4. Чому вважається, що робота соціального працівника у закладах дошкільної освіти є чи не найважливішою?
5. У чому полягає особливість соціальної роботи у школах?
6. Що таке девіантна і деліквентна поведінка?
7. Що входить у посадові обов'язки соціального працівника в умовах закладів середньої освіти?
8. Особливості соціальної роботи у системі середньої професійної освіти.
9. Соціальна робота у ЗВО.

Теми для рефератів.

1. Роль освіти у житті людини.
2. Особливості соціальної роботи в установах дошкільної освіти.
3. Особливості соціальної роботи у школах.
4. Робота соціального працівника з дітьми-переселенцями.
5. Особливості роботи соціального працівника в закладах середньої професійної освіти.
6. Особливості роботи соціального працівника у ЗВО.

Лекція № 7.

Тема 7. «Соціальна робота в пенітенціарних установах».

1. Основні завдання соціальної роботи в закладах пенітенціарної системи
2. Соціальна робота як інструмент збереження та розвитку соціально корисних зв'язків засуджених
3. Форми підтримки соціально корисних зв'язків

1. Основні завдання соціальної роботи в закладах пенітенціарної системи.

Пенітенціарна система (*кримінально-виконавча система*; від лат. *poenitentia* — розкаяння) — державний інститут, що відає виконанням кримінальних покарань, накладених на громадян відповідно до закону.

Забезпечує виконання покарання у вигляді: позбавлення волі, обмеження волі, утримання підслідних з моменту взяття під варту до суду та покарань, не пов'язаних з позбавленням волі (виправні роботи, громадські роботи, позбавлення права обіймати посади або займатися діяльністю на певний строк), а також нагляд за особами, яких на підставі ст. 75 КК України звільнено від відбування покарання з випробуванням іспитовим строком на певний термін.

У її підпорядкованості перебувають слідчі ізолятори, виховні колонії, колонії різного рівня безпеки, виправні центри та кримінально-виконавчі інспекції.

Особливість професійної діяльності соціальних працівників у пенітенціарній системі залежить від специфічності контингенту. Це – робота з умовно засудженими, надання їм соціальної, психологічної, організаційної та інших видів допомоги; з особами, які у місцях позбавлення волі; з особами, що відбули покарання, включаючи їх чи ресоціалізацію; з кількома сім'ями в'язнів і колишніх в'язнів.

Соціальний працівник у пенітенціарній системі у виконанні своїх професійних функцій займається різноманітними видами діяльності, використовуючи такі підходи:

- **виховний підхід**, коли соціальний працівник виступає у ролі вчителя, консультанта, експерта. Соціальний працівник дає поради, навчає умінь, встановлює зворотний зв'язок, використовує рольові гри як засіб навчання;

- **фасилітативний підхід** (фасилітатор - помічник). Соціальний працівник виступає у ролі помічника чи посередника у подоланні апатії, дезорганізації особистості клієнта, якому важко зробити це самостійно. Діяльність фахівця заглиблена у інтерпретацію поведінки, обговорення альтернативних напрямів роботи і дій, пояснення ситуації, підбадьорення і мобілізації внутрішніх резервів;

- **адвокатський підхід**. Соціальний працівник виконує рольові функції адвоката від імені клієнта чи групи клієнтів, і навіть помічника людей, які у ролі адвокатів не можуть бути від власного імені.

Функції соціального працівника полягають в діагностиці особи засудженого за допомогою різних психологічних методик, висновок про особу на основі отриманих даних і розробка спільно з адміністрацією ВК програм перевиховання, виправлення і способів спілкування із засудженим.

Також соціальні працівники повинні організовувати вільний час засуджених. На нашу думку найправильніше описує завдання виховної дії під час дозвілля Р.Й. Шнайдер, він говорить про те, що: “ завдання виховної дії під час дозвілля зводяться до того, щоб створити в пенітенціарних установах благополучну соціальну атмосферу і викликати потяг до осмисленого проведення дозвілля після виходу на свободу. Вільний час у в'язниці не повинен залишатися “об'єктом його вбивства” або використовуватися для підготовки, планування, обговорення дій до нових злочинів. Він має служити тому, щоб підвищувати культурний рівень засуджених. Відомо, що успішна культурна орієнтація ув'язнених зменшує потяг до рецидиву. Правильно організоване дозвілля сприяє хорошему відпочинку, відновленню фізичних і психічних сил людини.

Також соціальні працівники повинні проводити роботу по адаптації особистості підлітка, сприяти формуванню у нього максимально можливої активної життєвої позиції, роз'яснювати його права і обов'язки, готувати засуджених до виходу на свободу, стимулювати до активного, адекватного погляду на світ; складати програми психологічних аутотренінгів. У своїй

діяльності соціальний працівник повинен орієнтуватися на те, щоб система ізоляції не зруйнувала соціально корисні зв'язки дітей, і сприяти зміцненню їх сімейних і споріднених стосунків.

Основою підходу соціальних працівників до психологічної взаємодії з засудженими повинні стати індивідуалізація підходу і комплексність або системність, що припускає комплексний підхід і поєднує в собі різні методики по відношенню до неповнолітнього.

Системний підхід вивчення особистості - це система здійснюваних соціально-педагогічних, психологічних мір направлених на отримання всесторонньо повного аналізу відомостей, які характеризують особу засудженого з метою найбільш ефективного застосування методів, прийомів і засобів переконання, виправлення, перевиховання і допомоги засудженому, а також прогнозування його поведінки.

Основними напрямками психологічної пенітенціарної соціальної роботи повинні стати:

- 1) Вивчення особистості засудженого і становлення його «злочинної кар'єри».
- 2) Розробка індивідуальних програм дії і допомоги засудженим.
- 3) Соціально-психологічна допомога в адаптації до середовища пенітенціарних установ.
- 5) Соціально-психологічна і професійна допомога в підготовці виходу з місць позбавлення волі.

На думку вітчизняних кримінологів (Кудрявцев Ст. Н., Антонян Ю.М. і ін.) вивчення особистості передбачає отримання інформації про її потреби і інтереси, ціннісні орієнтації, ступінь і якість соціалізації індивіда, особливості його реагування на ті або інші обставини, мотивації, типологічній психологічній характеристиці в цілому”.

В узагальненому вигляді дані необхідні для вивчення особистості можуть включати в себе:

- 1) Рік, місце народження і проживання, освіту, склад сім'ї і інші соціально-демографічні дані.
- 2) Індивідуальні (інтелектуальні, вольові, емоційні) особливості особи, риси характеру, тип темпераменту, стан здоров'я, фізичного розвитку і інші індивідуальні якості.
- 3) Умови виховання в сім'ї, заняття, освіта, і поведінка батьків, їх відношення до дітей, взаємини в сім'ї, житлові і матеріальні умови.
- 4) Умови і результати навчання в школі, інших навчальних закладах, особливості трудової діяльності, характер впливу шкільного колективу.
- 5) Основні потреби, інтереси, звички, погляди, схильності, життєві цілі і ціннісні орієнтації суб'єкта.
- 6) Відношення до праці, навчання, суспільних обов'язків, інших людей, сім'ї, до самого себе.
- 7) Поведінка в школі, на виробництві, в суспільних місцях, в побуті, дані про залучення до дисциплінарної, адміністративної, кримінальної відповідальності.

У висновок можна сказати, що ці два аспекти роботи соціального педагога є дуже важливими і потребують від нього наявності багатьох знань і умінь у цих двох галузях. Правовий аспект діяльності соціальних працівників припускає виконання ними функцій спостерігачів, “адвокатів”, адміністраторів, контролерів і соціальних посередників. Для дотримання цього аспекту соціальний педагог повинен володіти нормативно-правовою базою, добре володіти знаннями як по законодавству України, так і по міжнародному.

Психологічний аспект роботи соціального педагога для кращого виконання поставлених цілей діяльності бажано проводити або спільно з психологом пенітенціарної установи, або координувати свою діяльність разом з ним.

2. Соціальна робота як інструмент збереження та розвитку соціально корисних зв'язків засуджених

Основним зв'язуючою ланкою між ув'язненими і зовнішнім світом є його соціальні зв'язки.

Формами підтримки соціально корисних зв'язків є листування, відправлення та отримання грошових переказів, посилок, передач і бандеролей, телефонні переговори, надання побачень, відпустка за межі місць позбавлення волі, вступ у шлюб, участь у цивільно-правових угодах. Деякі способи зв'язку прямо заборонені законом: нелегальна передача предметів, листів і т.д. Як правило, нелегально в зону передаються наркотики, алкогольні напої, заборонені предмети, а в слідчому ізоляторі (СІЗО) або з СІЗО - інформація, спрямована на перешкоджання розслідування у справі.

Так, до 1992 р існувало обмеження на кількість з виправно-трудових установ листів (залежно від виду установи та режиму тримання), до 1995 р була заборонена листування осіб, які утримуються в СІЗО. В даний час кількість листів, які ув'язнені мають право отримувати і відправляти, не обмежується.

Ув'язнені мають право отримувати і відправляти грошові перекази родичам та іншим особам. Засудженим грошові перекази зараховуються на їх особові рахунки. Однак існують обмеження як на розмір суми, яку залежно від виду установи або режиму дозволено витрачати, так і за категоріями ув'язнених, яким дозволено витрачати гроші, отримувати перекази.

Засудженим до позбавлення волі дозволяється отримання посилок, передач і бандеролей. Максимальна вага однієї посилки або бандеролі визначається поштовими правилами. Вага однієї передачі не повинен перевищувати встановлений вага однієї посилки.

Хворі засуджені, які є інвалідами I або II групи, можуть отримувати додаткові посилки і передачі в кількості та асортименті, що визначаються відповідно до медичного висновку.

Посилки, передачі та бандеролі з лікарськими засобами та предметами медичного призначення, одержувані засудженими відповідно до медичного висновку, не включаються до кількості посилок, передач і бандеролей. Вони направляються до медичної частини виправної установи для лікування відповідних засуджених.

У Правилах внутрішнього розпорядку виправних установ та слідчих ізоляторів міститься перелік предметів, дозволених до передачі та зберігання; всі речі, які не включені до цього переліку, вважаються забороненими, за їх зберігання або використання ув'язненого чекає покарання.

Побачення надаються як із родичами (зазначеними в особовій справі ув'язненого), так і з іншими особами. Якщо в колонії отримання побачень є правом засудженого, то в СІЗО таке право надане тільки неповнолітнім, для решти осіб отримання побачень є лише можливістю, реалізація якого залежить від особи або органу, в провадженні якого перебуває справа і яке може складати для ув'язненого до двох короткострокових побачень (до 3 год) на місяць.

Слід зазначити, що часто позбавляються можливості отримувати побачення якраз ті особи, які найбільшою мірою потребують їх, поведінку яких можна було б стабілізувати, використовуючи соціально корисні зв'язки. Наприклад, в одній з колоній засуджений тричі опиняється в СІЗО за бійку. Його матері, яка дізналася про незвичну поведінку сина, було відмовлено в наданні позачергового побачення з ним. Як надалі з'ясувалося, засуджений діяв так з причини впевненості в тому, що родичі втратили до нього інтерес.

Підозрювані і обвинувачувані мають право на платні телефонні розмови при наявності технічних можливостей і під контролем адміністрації з дозволу особи або органу, у провадженні якого перебуває кримінальна справа, або суду.

Порядок організації телефонних розмов визначається органом виконавчої влади, у веденні якого знаходиться місце утримання під вартою.

Формою соціально-корисних зв'язків є **надання відпустки з короткостроковим виїздом за межі місць позбавлення волі** з подальшим самостійним прибуттям до виправного центру.

Такі виїзди можуть бути дозволені засудженим:

- до обмеження волі - на строк до п'яти діб (без урахування часу перебування в дорозі);
- до позбавлення волі, що містяться у виправних і виховних колоніях в разі тяжкої хвороби або смерті кого-небудь з близьких родичів;
- у разі стихійного лиха, яке заподіяло значної шкоди засудженому або його сім'ї -на строк до семи діб, не враховуючи часу в дорозі;
- жінкам, які мають дітей у будинках дитини виправних колоній, для влаштування дітей у родичів або в дитячому будинку - на строк до 15 діб, а також жінкам, що мають неповнолітніх дітей-інвалідів поза виправної колонії - один короткостроковий виїзд на рік для побачення з ними на той самий строк .

Необхідно враховувати, що засуджений повинен бути внутрішньо готовий до поїздки додому, так як перехід зі стану жорсткої підконтрольності та детермінованості поведінки в стан свободи здатне викликати неадекватну поведінку у людей самого різного соціально-психічного складу. Під час знаходження у своїй родині у засуджених може виникнути небажання повертатися до виправної установи в силу невирішеності сімейних проблем, важкого стану здоров'я близької людини, страху перед потраплянням в умови несвободи і т.д. Проте кількість осіб, що не повернулися після відпустки у строк, становить лише близько 6%, а кількість тих з них, хто втік з метою ухилення від покарання, - менш 0,1%.

Незважаючи на це, Державне управління виконання покарання пропонує проводити систематичні перевірки практики надання засудженим права на виїзд в період відпустки за межі виправного центру, а для перевірки ступеня виправлення тих, кому надається відпустка, - використовувати критерії добровільної участі у роботі самодіяльних організацій та надання допомоги адміністрації.

Крім того, ув'язнені мають право брати участь у цивільно-правових угодах, у тому числі укладати договори у страхуванні зі страховими агентствами, набувати сертифікати та цінні папери, відкривати особові рахунки у відділеннях банку, оформляти доручення, а також вступати в шлюб і розривати шлюб, брати участь у долі своїх дітей.

У випадку арешту громадянин через своїх родичів або органи опіки та піклування вирішує питання про направлення своїх неповнолітніх дітей до родичів, опікунам або в дитячі установи. Діти у віці до трьох років можуть проживати зі своїми матерями, що відбувають покарання. У разі якщо в ув'язненого немає родичів або вони не можуть подбати про його малолітніх дітей або майні, ці обов'язки покладаються відповідно до закону на уповноваженого або орган, у провадженні якого знаходиться кримінальна справа.

Реєстрація шлюбу ув'язненого в СІЗО здійснюється за наявності дозволу особи або органу, в провадженні якого перебуває справа. Документи про сімейний стан ув'язненого, відсутні в його особовій справі, зобов'язані надати родичі. Реєстрація шлюбу проводиться в приміщенні СІЗО у присутності не більше двох свідків.

Ув'язнений не має права розпоряджатися своїм майном, у тому числі видавати довіреності на розпорядження або користування ним іншим особам, якщо на це майно накладено арешт.

Для відновлення і розвитку соціально-корисних зв'язків засудженого соціальний працівник може використовувати такі технології:

- 1) розшук родичів та інших осіб – шляхом надсилання запиту в Міграційну службу за місцем останньої реєстрації (прописки) цих осіб. У запиті зазначаються повні анкетні дані розшукуваних, а також місце, куди вони могли вибути;

- 2) інтерв'ювання прибулих на побачення родичів - з метою отримання додаткової інформації про укладену у випадку, якщо у нього виявляються

соціально-психологічні проблеми, а також для підвищення ефективності соціальної роботи з ним. З'ясуванню підлягає широке коло питань: цінності, проблеми та інтереси ув'язненого, найбільш яскраві події його життя, найавторитетніші йому особи та джерела інформації, його реакція на різні види впливу, статус, до якого він прагне, ситуації, в яких він використовує допомогу сторонніх осіб, ситуації чи події, яких він боїться, намагається уникнути, події, які приносять йому задоволення, радість або страждання;

3) активізація зв'язку укладеного з його малолітніми дітьми, братами або сестрами - шляхом встановлення листування з працівниками дитячих установ або родичами, на вихованні у яких вони знаходяться. Якщо звернення до ці установи або до родичів небажані, треба встановити контакт з інспектором органів опіки та піклування (Служба у справах дітей), попросити їх провідати родину, встановити переписку з об'єктом зв'язку;

4) сюрприз для ув'язненого - у випадку, якщо соціальний працівник знає про день народження родича ув'язненого або близької йому людини і допоможе дістати вітальну листівку або конверт, переправити адресату невеликий подарунок;

5) відновлення соціально-корисної зв'язку ув'язненого з родичем або іншим близьким йому людиною – найкраще напередодні дня народження ув'язненого або святкового дня. До листа адресата доцільно докласти фотографію ув'язненого. Якщо адресат не відповідає, варто відвідати його особисто або попросити про це соціального працівника або представника місцевої адміністрації, дільничного інспектора міліції за місцем проживання. Об'єкт соціально корисного зв'язку може ухилятися або не проявляти активності в підтримці цього зв'язку з різних причин: образа на ув'язненого, байдужість до його долі, необов'язковість, скрутність у фінансових коштах. Слід з'ясувати справжні причини, проаналізувати їх і довести об'єкту зв'язку моральну й соціальну неспроможність і хибність його позиції. Слід враховувати, однак, що деякі зв'язки не можуть викликати позитивних наслідків для ув'язненого і його слід оберігати від таких зв'язків (тут доречно використовувати термін "соціальний вампір" - людина, яка розглядає ув'язненого виключно як засіб досягнення своїх цілей із заподіянням йому істотного збитку);

6) подолання перешкод до надання ув'язненим права на побачення, отримання посилки (передачі) або телефонну розмову. Якщо перешкодою є небажання слідчого, прокурора або суду, треба зажадати письмове мотивоване пояснення і оскаржити його вищестоящому прокурору, а відмова судді - у відповідну кваліфікаційну колегію суддів (щоправда, в цьому випадку можна отримати бентежну відповідь: суддя незалежний і колегія не може наказати йому надати побачення). Не виключено, що проти надання позачергового побачення виступає начальник загону або керівництво виправної установи. Але якщо соціальний працівник має соціальну карту на ув'язненого, в якій відображені проблеми, які планується вирішити шляхом надання йому позачергового побачення чи права на позачергову посилку, шанси добитися успіху досить високі. Слід радітися з усіма співробітниками

і враховувати у своїй роботі їх думку, проте будувати свою роботу соціальний працівник повинен так, щоб остаточне рішення на основі його рекомендацій брав начальник виправної установи або його заступник з виховної роботи, тобто компетентна особа, а не "старший асистент молодшого працівника". Якщо перешкодою для прибуття на побачення є відсутність у родичів ув'язненого коштів на оплату проїзду, то слід видати їм лист від імені установи, який містить в собі прохання до співробітників органів контролю за транспортом, як виняток, у зв'язку з викладеними у листі обставинами, дозволити родичам ув'язненого безкоштовний проїзд до місця знаходження виправної установи або СІЗО і назад;

7) телефонні переговори - як з тими родичами, які не контактують або недостатньо часто контактують з ув'язненим, так і з тими, які підтримують інтенсивні зв'язки з ув'язненим, що виявляє ознаки соціального неблагополуччя;

8) встановлення і поліпшення відносин з сім'ями укладених шляхом відвідування цих сімей особами, що відбули покарання, з якими у соціального працівника склався робочий контакт і які попередньо проінструктовані про мету відвідування і характері розв'язуваних при відвідуванні проблем;

9) наявність під рукою списку і адрес ЗМІ, служб знайомств, які надають безкоштовні послуги в публікації оголошень, адрес глав та органів адміністрації тих адміністративних утворень, жителі яких складають основний контингент, що обслуговується соціальним працівником установи, списку (з розбивкою по регіонах) сімей, які в першу чергу слід відвідати;

10) ведення екрану динаміки соціально-корисних зв'язків, в якому зазначаються список ув'язнених, чії зв'язки підлягають активізації; показники соціально-корисних зв'язків (кількість побачень, посилок, листів, їх якісні характеристики) на момент початку соціальної роботи з клієнтом; показники його соціального благополуччя (включаючи кількість заохочень та стягнень); зміна показників соціально-корисних зв'язків і соціального благополуччя в результаті проведеної соціальної роботи. Ця технологія продемонструє і соціальному працівнику, і скептичному спостерігачеві, що зміцнення соціально-корисних зв'язків позитивно впливає на різні аспекти поведінки людини, включаючи дисципліну і виробничі показники.

3. Форми підтримки соціально корисних зв'язків:

1. Переписка і відправлення грошових переказів.

Як вже зазначалося до 1992р. існувало обмеження на кількість із місць позбавлення волі листів, до 1995р. була заборонена листування осіб, що знаходяться в СІЗО.

В даний час кількість листів не обмежується. Можна відправляти і отримувати грошові перекази, але існують обмеження на розмір суми.

2. Відправлення та отримання посилок, передач, бандеролей.

У СІЗО обмеження на кількість передач відсутня, але є обмеження по вазі. Але інвалідам 1, 2 групи, тяжко хворим, жінкам з дітьми, вагітним дозволяється незалежно від виду режиму отримувати 12 посилок або передач на рік. Є обмеження на перелік предметів, дозволених до передачі.

3. Надання побачень.

Побачення надаються як з родичами, так і з іншими особами. Однак не для всіх засуджених однаково. Якщо в колонії отримання побачень є правом засудженого, то в СІЗО таким правом володіють тільки неповнолітні.

Слід зазначити, що часто позбавляються можливості отримати побачення якраз ті особи, які в найбільшій мірі потребують них, поведінку яких можна було б стабілізувати.

4. Телефонні переговори.

Для здійснення переговорів засуджений пише заяву на ім'я начальника колонії, яке реєструється в книзі обліку у відповідального. Переговори можуть надаватися в кредит.

5. Надання відпустки за межі місць позбавлення волі.

Такі виїзди можуть бути дозволені засудженим:

- ♣ у разі тяжкої хвороби або смерті кого-небудь з близьких родичів – на термін до 7 днів, без урахування часу в дорозі;
- ♣ у разі стихійного лиха, яке завдало значної шкоди майну ув'язненого або його сім'ї – на строк до 7 днів, без урахування часу в дорозі;
- ♣ засудженим жінкам, які мають дітей, для влаштування дітей у родичів, опікунів або в дитячих установах – на термін не менше 15 днів;
- ♣ засудженим, переведеним на поліпшені умови утримання, – один раз на рік в період відпустки.

Рішення про дозвіл виїзду приймає начальник колонії.

Необхідно враховувати, що засуджений повинен бути внутрішньо готовий до поїздки додому. Під час перебування в своїй сім'ї у засуджених може виникнути небажання повертатися в колонію в силу невирішеності сімейних проблем, важкого стану здоров'я близької людини, страху перед покаранням в умовах несвободи і т.д.

6. Вступ до шлюбу і участь в цивільно-правових угодах.

Ув'язнені мають право брати участь у цивільно-правових угодах, в тому числі укладати договори про страхування, купувати сертифікати та цінні папери, відкривати особові рахунки у відділенні банку, оформляти доручення, а також вступати в шлюб і розривати шлюб, брати участь у долі своїх дітей – направити їх до родичів, опікунів або дитячі установи. Діти до трьох років можуть проживати зі своїми матерями, що відбувають покарання. У разі якщо в ув'язненого немає родичів або вони не можуть подбати про його малолітніх дітей, або майно, ці обов'язки покладаються

відповідно до закону на особу або орган, у провадженні яких перебуває кримінальна справа.

Реєстрація шлюбу, ув'язненого в СІЗО, здійснюється за наявності дозволу особи або органу, в провадженні якого знаходиться справа, в приміщенні СІЗО в присутності не більше двох свідків.

Контрольні питання.

1. Що таке пенітенціарна система?
2. Назвіть підходи, що використовує соціальний працівник у пенітенціарній системі, дайте їм стислу характеристику.
3. Які особливості роботи соціального працівника в пенітенціарній системі?
4. Які основні зв'язки засуджених існують із зовнішнім світом? Їх стисла характеристика.
5. Чи важливими є на Вашу думку для ув'язнених побачення з рідними і близьким? Відповідь аргументуйте.
6. Які технології відновлення і розвитку суспільно-корисних зв'язків засуджених соціальний працівник може використовувати у своїй роботі?

Теми для рефератів.

1. Особливості роботи соціального працівника у пенітенціарній системі.
2. Робота соціального працівника у підготовці до виходу з місць позбавлення волі.
3. Соціально-корисні зв'язки засуджених із зовнішнім світом, їх значення.
4. Відпустка з короткостроковим виїздом за межі місць позбавлення волі.

Лекція № 8.

Тема 8. «Надання соціальних послуг спеціальним групам клієнтів».

1. Спеціальні групи клієнтів
 - 1.1. Соціальна робота із маргіналами.
 - 1.2. Соціальна робота з алкозалежними та наркозалежними клієнтами.
 - 1.3. Соціальна робота з військовими та їх сім'ями.
 - 1.4. Соціальна робота з мігрантами.
 - 1.5. Соціальна робота з жертвами насильства.
 - 1.6. Соціальна робота з людьми суїцидальної поведінки
2. Робота з клієнтами проблемних груп.

1. Спеціальні групи клієнтів

1.1. Соціальна робота із маргіналами

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

Ту основу, що постійно продуціює маргінальність як масове явище, представляють три категорії індивідів:

- 1) які не бажають розділяти ціннісні орієнтації соціуму;
- 2) неієздатні адекватно інтегруватися в товариство в силу своїх інтелектуальних, психічних або соціальних особливостей;
- 3) які мають природжені відхилення від прийнятих норм.

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

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

1.2. Соціальна робота з алкозалежними та наркозалежними клієнтами

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

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

- жіночий алкоголізм (ріст чисельності жінок із захворюваннями алкоголізму; відносна швидкість, порівняно з чоловіками, темпів росту алкогольної залежності й великі труднощі, пов'язані з лікуванням; причини жіночого алкоголізму: самотність, особиста, невпорядкованість, схильність до імітації й індукції, прийняття чоловічих форм поведінки, клімактеричні розлади, сексуальні дисгармонії);
- дитячий і підлітковий алкоголізм, уперше ознаки якого з'являються до 18 років (злоякісність плин, що означає швидке прогресування основних симптомів, розвиток запійного пияцтва, похмеління великими дозами алкоголю, низька ефективність лікування, розпад соціальних і сімейних

зв'язків, виникнення психозу; чинники, що сприяють алкоголізації: алкогольне оточення й пов'язані з ним стійкі алкогольні традиції; хитливі й епілептоїдні типи акцентуацій і психопатій як характерологічні особливості; властива віку схильність до імітації й об'єднання з однолітками, коли неформальна група стає головним регулятором поведінки; природженість алкогольних синдромів, коли немовлята відчують фізіологічну залежність від алкоголю в результаті вживання матір'ю спиртних напоїв під час вагітності);

- алкоголізм людей похилого віку, що виникає на основі відчуття своєї неповноцінності й непотрібності, розпаду сім'ї через смерть чоловіка, послаблення здоров'я, погіршення матеріального стану, зміни місця проживання, посилення ізоляції від дітей;

- сімейний алкоголізм, що є причиною сильних внутрішніх конфліктів у сім'ях, їхньої деградації й розпаду (проблема розлучень: погіршення харчування, що позначається на здоров'ї в першу чергу дитини; явище співзалежності типу міжособистісних стосунків, коли все життя сім'ї сконцентроване на алкоголі і стає згодом способом життя сім'ї; атмосфера непередбачуваності й двоїстих комунікацій, коли діти відчують постійне почуття провини і приймають на себе неадекватну відповідальність за долю сім'ї; високий рівень насильства як між чоловіками, так і між дітьми й стосовно них).

1.3. Соціальна робота з військовими та їх сім'ями.

Сама специфіка військової служби містить у собі об'єктивні чинники, що негативно впливають на військових і ускладнює виконання ними визначених функцій. Усі проблеми й кризи суспільства знаходять відображення в Збройних силах. Зниження якості здоров'я й інтелекту населення призводить до притягнення на військову службу осіб із серйозними психічними або соматичними захворюваннями. Непосильні армійські навантаження, неякісне харчування, з іншого боку, призводить до появи або загострення у військових різноманітних захворювань. Зростання криміногенності суспільства й збільшення масштабів наркоманії й алкоголізму обумовлюють підвищення числа злочинів, які здійснюються в армії, що підвищує можливість небезпеки для самих військових і їхніх сімей стати жертвами злочину з боку своїх колег.

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

Характерна для нашого суспільства аномалія (розпад старих ціннісних систем) і симптоми загальносоціальної морально-психологічної

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

Неясність перспектив (кадрових, матеріально-фінансових, житло-побутових і інших) військових створюють проблемний комплекс "перехідного" періоду -між закінченням військової служби й адаптацією до цивільного життя. Перехід до цивільного життя пов'язаний із необхідністю адаптації до нових умов, що не визначаються статутними відносинами й наказами командирів, що характеризується сильною соціально-психологічною кризою (навіть більш сильною, чим криза, пов'язана із виходом на пенсію).

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

- проблеми зі здоров'ям (неможливість одержати своєчасну кваліфіковану медичну допомогу, несприятливі кліматичні умови, одноманітність і неякісне харчування, вплив шкідливих хімічних, біологічних і ін. чинників, спрямованість і інтенсивність фізичних і психічних навантажень і т.ін.);

- психологічна напруга в сім'ї з ряду причин (декваліфікація і синдром "кар'єри, що не відбулася", у дружин, невдоволення дружин слабкою участю чоловіка в сімейному житті й вихованні дітей, стомлення чоловіка від одноманітної й напруженої служби, втома від матеріальних і побутових позбавлень і т.ін.);

- проблема з освітою дітей (часта зміна місця проживання, неможливість вибору місця навчання, віддаленість від культурних і наукових центрів і т.ін.)

1.4.Соціальна робота з мігрантами

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

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

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

Таким чином, у практиці соціальної роботи з мігрантами важливо зрозуміти й урахувати, що мігранти: люди, які більшою або меншою мірою попали через утрату своїх "регіональних" коренів, в ситуацію маргіналізації; люди з тимчасового або постійного "поразкою" багатьох прав людини (природно-антропологічних, національних, економічних, політичних, мовних і т.ін.). Для України проблема вимушених мігрантів зараз стала дуже актуальною через анексію Криму Росією та бойові дії на сході країни.

1.5. Соціальна робота з жертвами насильства.

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

Можна виділити такі основні проблеми насильства:

- насильство пов'язано з такими його проявами, як: садизм (у галузі сексуальних та інших стосунків) і мазохізм (обертання садизму на власне Я);

- насильство виступає однією із форм прояву агресії як тенденції при сукупності тенденцій, що виявляються в реальній поведінці або фантазуванні, мета якої полягає в нанесенні збитку, шкоди іншій людині, групі (принизити, примусити до яких-небудь дій і т.ін.);

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

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

1.6. Соціальна робота з людьми суїцидальної поведінки.

Самогубці (суїциди) — особи, які вільно й навмисно припиняють своє життя. Природа суїциду й суїцидних учинків вивчена недостатньо.

Сучасні концепції самогубства засновані на соціологічних, психодинамічних, біологічних, гностичних орієнтацій людської поведінки:

- суїцид провокується взаємодією між індивідом і навколишнім середовищем, а не тільки намірами й обставинами особистості (соціологічний напрям);

- суїцид - продукт внутрішніх, здебільшого неусвідомлених мотивів особистості, в основі яких лежить тривога, провина, залежність, гнів (психодинамічні теорії);

- суїцид - генетична схильність, що передається в спадщину, при якій біохімічні зміни в організмі прискорюють прагнення до суїциду (біологічні теорії);

- суїцид - спроба спілкування або вирішення проблеми в умовах безнадійності звільнитися від комунікативної проблеми (гностичний аспект).

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

3. Робота з клієнтами проблемних груп.

Робота з клієнтами антисоціальної спрямованості і маргіналами.

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

- допомога клієнтам у запобіганні антисоціальних проявів у своїй поведінці; використання технологій соціальної реабілітації людини для її повернення до повноцінного, законослухняного життя в суспільстві;

- повернення до проблем підростаючого покоління;

- виправлення засуджених і повернення їх до способу життя, що схвалюється суспільством;

- установлення зворотного зв'язку, проведення опитувань, узагальнень, зіставлень і інтерпретацій у врегулюванні конфліктів, формулюванні цілей, прогнозуванні поведінки клієнтів антисоціальної спрямованості.

Робота ж із маргіналами передбачає облік і реалізацію таких обставин:

- опора на сильну об'єднуючу ідею, що спроможна згуртувати індивідів і надихнути їх на свідомі жертви й зусилля щодо подолання труднощів;

- опора на моральну, психологічну й економічну підтримку, що спроможна запобігти процесу розпаду соціальних зв'язків індивіда або групи

(у тому числі профілактика десоціалізації в економічному, ресурсному й організаційному планах);

- надання допомоги маргіналу як у знаходженні нового місця в житті, так і в пошуку можливостей самоствердження в новому статусі;

- профілактика спадкової маргінальності, тобто максимальне надання дітям маргіналів можливостей користування своїми правами, полегшення їм доступу до освіти, оволодінню перспективними спеціальностями, соціальному розвитку.

Робота з людьми алкогольної і наркотичної залежності. Соціальна робота з алкоголіками насамперед пов'язана з їхньою реабілітацією і являє собою систему медичних (деінтоксикація, симптоматичне й зміцнювальне лікування), психологічних (усвідомлення пацієнтом конфлікту, пов'язаного з алкоголізмом; формування ставлення до спиртного за рахунок неприємних асоціацій; вироблення свідомого ставлення до вживання алкоголю) і групових (формування нових моделей поведінки в самотніх і слабовільних людей) форм. Найбільш поширеною формою роботи з хворими на алкоголізм є рух "Анонімні алкоголіки", і так само програми "Анонімні діти алкоголіків", "Анонімні співзалежні" і ін. У роботі з наркоманами важливе значення дотримання рекомендаціям міжнародної угоди в рамках Єдиної конвенції з наркотичних засобів, прийнятої в 1961 році, що зобов'язує: обмежити легальне виробництво, переробку й поширення наркотичних засобів, здійснюваних у медичних і наукових цілях; ліквідувати будь-яке незаконне виробництво сировини для наркотиків; боротися з нелегальним виготовленням і торгівлею наркотичними засобами; співробітничати один з одним заради досягнення цілей конвенції.

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

Робота з військовими і їхніми сім'ями. Основні проблеми військових і їхніх сімей починаються у зв'язку з проблемами перехідного періоду до цивільного життя (звільнення з армії).

Головними завданнями соціальної роботи в цей період є завдання відновлення фізичних і моральних сил, коригування особистісних установок щодо адаптації до нових умов життя, допомоги в отриманні нових спеціальностей і роботи.

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

- інформація сім'ї про наявність визначених соціальних пільг; психологічна підтримка і відновлення;
- соціальна і юридична консультація;
- педагогічна корекція дітей, ліквідація труднощів у їхньому навчанні;

- організація елементів малого виробництва, кооперативних форм праці, груп самодопомоги і взаємодопомоги;
- навчання і перенавчання цивільним професіям;
- сімейне консультування з метою адаптації до життя;
- культурно-дозвільна діяльність.

У загальному випадку соціальна робота з військовими і їхніми сім'ями різниться залежно від характеру й глибини їхніх соціальних проблем, що визначається приналежністю до призовного або контрактного контингенту, певному складу військових, тривалістю їхнього перебування на військовій службі.

Тому мета соціальної роботи в найзагальнішому вигляді полягає у відновленні психофізичних сил військового, коригуванні його особистісних установок на службу в ЗС, внесення елементів соціальної справедливості в субординаційні стосунки, характерні для військової служби.

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

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

У міграційному русі помітно виділяється категорія "біженці", і відповідно позначився ряд соціальних проблем: "групи ризику" такого характеру. Головне завдання соціальної роботи з біженцями розвиток у них

здатності самотійно переборюва труднощі. Тут один з основних заходів профілактики проблем біженців - завчасний відбір регіонів можливо, розселення біженців із заздалегідь передбаченою системою інфраструктури соціального захисту (житло, медобслуговування, харчування, соціокультурна сфера, транспорт і т.ін.). У цих умовах соціальні працівники знімають або зменшують психологічні наслідки таких проявів, як "травма", "утрата", "жорстоке позбавлення", "труднощі" тощо.

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

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

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

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

Діючи в кризових і надзвичайних ситуаціях, соціальні працівники зустрічаються зі спробами й жертвами суїциду. Схильні до суїциду люди дуже схожі на клієнтів, обтяжених багатьма проблемами. Мета їхньої терапії визначається майже цілком зниженням рівня фатальності, "пом'якшенням занепокоєння". Інакше кажучи, вони розглядають джерело зосередження людини на суїциді, створюють у неї соціальний інтерес, домагаються, щоб клієнт зрозумів, що його життя з "проблемами, що не припиняються", несправедливістю знаходиться в кращому стані, ніж йому здається, з тим, щоб він зміг відволіктися від своїх проблем, перестав їх аналізувати й зміг побачити альтернативні їх рішення. Необхідно сформувати в клієнта установку, що в житті завжди є вихід зі складних ситуацій. Розсудливе пристосування до життя саме по собі часто полягає у виборі альтернативи, що практично завжди досяжна. Страждання не може бути припинено, воно повинно стати терпимим. Не можна підтримувати точку зору клієнта на його проблему. Необхідно знову й знову підкреслювати, що суїцид у принципі не сприяє вирішенню ніяких проблем.

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

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

Контрольні питання.

1. Кого називають маргіналами і хто до них відноситься?
2. Що характерне для маргінального типу особистості?
3. Що розуміють під алкогольною залежністю?
4. Види алкоголізму й причини.
5. З чим пов'язані психологічні проблеми військовослужбовців?
6. Які особливі проблеми мають сім'ї військовослужбовців?
7. Які види міграцій існують?
8. Причини міграцій.
9. Кого відносять до жертв насильства?
10. Причини насильства.
11. Кого відносять до людей суїцидальної поведінки?
12. Причини суїцидів.
13. Робота з клієнтами антисоціальної спрямованості і маргіналами.
14. Робота з клієнтами, що мають алкогольну і наркотичну залежність.
15. Робота з військовими і їхніми сім'ями.
16. Робота з мігрантами.
17. Робота з жертвами насильства.
18. Робота з людьми суїцидальної поведінки.
- 19.* Розробіть й запропонуйте схему роботи з внутрішньо переміщеними особами в Україні з Криму та ОРДЛО.

Теми для рефератів.

1. Соціальна робота з маргіналами.
2. Соціальна робота з алкозалежними та наркозалежними клієнтами.
3. Соціальна робота з військовими та їх сім'ями.
4. Соціальна робота з мігрантами.
5. Соціальна робота з жертвами насильства.
6. Соціальна робота з людьми суїцидальної поведінки.

Семінарське заняття №1

ТЕМА: «Сутність та зміст соціальної роботи органів публічного управління: формування професіоналізму в соціальній роботі».

Опрацювати лекцію № 1 й дати письмово відповіді на наступні питання.

Питання для обговорення.

1. Характеристика функції соціального працівника.
2. Соціальна робота на різних рівнях, її характеристика.
3. Індивідуально-професійні характеристики соціального працівника.
5. Професійно важливі психологічні якості соціального працівника.
6. Сфери діяльності й функції соціального працівника.
7. Морально-етичні та вольові якості соціального працівника.
8. Особливості етики соціального працівника.

Семінарське заняття №2

ТЕМА: «Профілактика професійних ризиків у соціальній роботі».

Опрацювати лекцію № 2 й дати письмово відповіді на наступні питання.

Питання для обговорення.

1. Розкрийте сутність поняття про «професійний ризик». Складові професійного ризику.
2. Професійне вигорання: причини, наслідки, профілактика.
3. Професійна деформація: ознаки й причини.
5. Заходи , які використовують у боротьбі з професійними ризиками.
6. Заходи щодо усунення професійної деформації в організації.

7. Які засоби та прийоми Ви використовуєте з метою запобігання професійним ризикам.

Семінарське заняття №3

ТЕМА: «Соціальна робота з людьми похилого віку».

Опрацювати лекцію № 3 й дати письмово відповіді на наступні питання.

Питання для обговорення.

1. Розкрийте сутність поняття «демографічне старіння», охарактеризуйте демографічну структуру населення України.
2. Дайте визначення поняттю «старіння», які існують види старіння їх характеристика. Теорії старіння.
3. Що таке «онтогенез»? Охарактеризуйте вікову періодизацію онтогенезу людини .
5. Соціальні аспекти самотності, форми і типи самотності.
6. Принципи та механізми соціального захисту літніх людей.
7. Соціальне обслуговування літніх і старих людей.

Семінарське заняття №4

ТЕМА: «Особливості соціальної роботи в системі освіти».

Опрацювати лекцію № 6 й дати письмово відповіді на наступні питання.

Питання для обговорення.

1. Особливості соціальної роботи в системі освіти.
2. Роль та місце соціального працівника в освіті.
3. Соціальна робота в школах.
5. Соціальна робота в системі початкової та середньої професійної освіти.
6. Соціальна робота у ЗВО.
7. Особливості організації соціальної роботи в системі освіти.

