

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет "Запорізька політехніка"

ТЕКСТИ (конспект лекцій) з дисципліни

"Технології соціальної роботи"
для студентів спеціальності 231 "Соціальна робота"
усіх форм навчання

Частина 2 - модуль 2.
Конкретні технології соціальної роботи з різними цільовими групами і категоріями клієнтів

2021

ТЕКСТИ (конспект лекцій) з дисципліни "Технології соціальної роботи" для студентів спеціальності 231 "Соціальна робота" усіх форм навчання. Частина 2 - модуль 2. Конкретні технології соціальної роботи з різними цільовими групами і категоріями клієнтів / Укл. : В.В. Кузьмін, М.О. Кузьміна. Запоріжжя : НУ "Запорізька політехніка", 2021. 94 с.

Укладачі: В.В. Кузьмін, доцент, канд.соц.наук;
М.О. Кузьміна, викладач.

Рецензенти: А.Г. Стадник, доцент, к. соц. н.

Відповідальний за випуск: В.М. Попович, доцент, д.філос. наук

Затверджено
на засіданні кафедри «Соціальна робота та психологія»
Протокол № 5
від « 15 » грудня 2020 р.

Рекомендовано для видання
НМК факультету соціальних наук
Протокол № 4
від « 11 » 02 2021 р.

ЗМІСТ

Частина 2

Вступ.....	72
Лекція № 8. Технології соціальної роботи з дітьми-сиротами та дітьми позбавленими батьківського піклування.....	75
Лекція № 9. Технології соціальної роботи із особами з функціональними обмеженнями в системі інклюзивної освіти. 84	
Лекція № 10. Технологія засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами.....	98
Лекція № 11. Технології соціальної роботи із особами хворими на ВІЛ/СНІД	105
Лекція № 12. Технології соціальної роботи із особами хворими на туберкульоз	124
Лекція № 13. Специфіка технологій соціальної роботи із засудженими у системі пенітенціарних закладів	134
Лекція № 14. Соціальна реабілітація соціально-депривованих категорій населення	148
Рекомендована література	154
Основна	154
Додаткова	154
Інформаційні ресурси	158

ВСТУП

Метою викладання навчальної дисципліни «Технології соціальної роботи» є ознайомлення студентів з теоретичними основами соціальних технологій і технологій соціальної роботи, загальними технологіями та міждисциплінарними технологіями і методиками, що використовуються в соціальній роботі, їх основними принципами, типологією, теоретичними основами розробки; а також розглянути конкретні технології соціальної роботи з різними категоріями соціальних клієнтів, практичний досвід застосування технологізації у соціальній роботі на прикладах конкретних соціальних груп в різних сферах життя.

Завданням вивчення дисципліни «Технології соціальної роботи» є:

- з'ясувати сутність технологічного підходу у пізнанні сучасної соціальної дійсності й діяльності, причини технологізації соціальної діяльності, теоретичну модель соціальної технології та етапи технологізації соціальних процесів;

- визначити зміст поняття „технологізація соціальної роботи“, функції технологій соціальної роботи та моделі практики соціальної роботи;

- надати базові знання, щодо загальних технологій соціальної роботи: соціальну діагностику, соціальну експертизу, соціальне передбачення і соціальне проектування, технології соціальної профілактики та адаптації, соціальної реабілітації та терапії, методу групової роботи, комунікативні технології;

- розкрити специфіку міждисциплінарних технологій і методик, які використовуються в соціальній роботі: організаційно-управлінські технології, соціологічні технології, соціально-педагогічні та психологічні методи в соціальній роботі;

- розглянути і проаналізувати основні технології та методики соціальної роботи з конкретними соціальними групами та в різних сферах життя.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен отримати:

- загальні компетентності: здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у

розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. Здатність планувати та управляти часом. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями. Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

– фахові компетентності: знання і розуміння сутності, значення і видів соціальної роботи та основних її напрямів (психологічного, соціальнопедагогічного, юридичного, економічного, медичного). Здатність прогнозувати перебіг різних соціальних процесів. Знання і розуміння нормативно-правової бази стосовно соціальної роботи та соціального забезпечення. Здатність до аналізу соціально-психологічних явищ, процесів становлення, розвитку та соціалізації особистості, розвитку соціальної групи і громади. Здатність до виявлення, соціального інспектування і оцінки потреб вразливих категорій громадян, у тому числі які опинилися в складних життєвих обставинах. Знання і розуміння організації та функціонування системи соціального захисту і соціальних служб.

Очікувані програмні результати навчання: знання сутності технологічного підходу у пізнанні сучасної соціальної дійсності й діяльності, причини технологізації соціальної діяльності теоретичну модель соціальної технології та етапи технологізації соціальних процесів; змісту поняття "технологізація соціальної роботи", функції технологій соціальної роботи та моделі практики соціальної роботи; теоретичні основи діагностики й аналізу соціальної напруженості; специфіку і теоретичні основи розробки загальних технологій соціальної роботи, міждисциплінарних технологій та методик, які використовуються в соціальній роботі; основні технології та методики соціальної роботи, практичний досвід застосування соціальних технологій в роботі з конкретними соціальними групами та в різних сферах життя. Вміння реалізувати на практиці набуті теоретичні знання з "технологізація соціальної роботи" (самостійно або з залученням необхідних фахівців); аналізувати ситуацію та обґрунтовувати необхідність застосування

тієї або іншої соціальної технології в практиці соціальної роботи; застосовувати на практиці загальні технології соціальної роботи; - застосовувати на практиці міждисциплінарні технології і методики в соціальній роботі; - визначати комплексне застосування загальних і міждисциплінарних технологій соціальної роботи в конкретних ситуаціях соціальної роботи з різними категоріями клієнтів; розробляти рекомендації щодо вдосконалення змісту технологій та поліпшення використання технологій в практиці соціальної роботи з конкретними групами клієнтів.

ЛЕКЦІЯ № 8. ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ-СИРОТАМИ ТА ДІТЬМИ ПОЗБАВЛЕНИМИ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ

Результати емпіричних досліджень Кузьміна В.В. та інших авторів дають змогу констатувати, що використання коштів державного бюджету, які багато років поспіль витрачаються на соціальну підтримку сиріт, є малоефективним. Це підтверджують низька мотивація до працевлаштування, утриманські погляди більшості випускників-сиріт, фактичне “відхрещення” держави від проблем отримання першого робочого місця, надання житла. Додатковою проблемою є слабке сприяння більшості ЗВО трудовій адаптації, а також створення економічних умов для подальшої інтеграції. Молодь не отримує житло, тому що не була поставлена на спеціальну “квартирну чергу”.

Аналізуючи подальшу соціалізацію випускників ЗВО із числа сиріт у постнавчальний період, можна дійти висновку, що вони стикаються з великою кількістю проблем, які зумовлюють їх соціальну девіантність та створюють негативні соціальні наслідки при вході в доросле життя. Такими можна вважати освітні, що зумовлені низьким освітнім рівнем ще із часів навчання в загальноосвітніх закладах; житлово-побутові – зумовлені відсутністю власного житла або відсутністю перспектив отримати житло від держави, перебуваючи на спеціальному обліку; сімейно-побутові, що пов’язані із взаєминами з біологічними батьками (яких позбавлено батьківських прав) чи іншими близькими родичами; соціально-психологічні, що ґрунтуються на складності входження в нове соціальне середовище, враховуючи особистісні риси характеру кожного представника соціальної групи сиріт; соціально-економічні, які зумовлені відсутністю в осіб із сирітським минулим умінь самостійно заробляти гроші, навичок витратити та заощаджувати кошти, практичних навичок складання резюме, готовності до проходження співбесід із роботодавцем; стан здоров’я, адже більшість осіб із сирітським минулим потребує реабілітації в стаціонарних умовах; культурно-дозвіллі, що спрямовані на організацію власного дозвілля та культурного відпочинку.

На протидію визначених вище девіацію, розроблено модель соціально-технологічного впливу, основу якої становлять соціалізація та комплексний соціальний супровід студентів-сиріт у ЗВО у контексті

інклюзивного навчання. Відповідно до кожного періоду сформовано блоки функціональних завдань: юридичного й економічного консультування, психологічної допомоги, інформаційного насичення з боку студентських профспілок та органів самоврядування. Графічно модель подано на рис. 8.1.



Рисунок. 8.1. – Модель соціалізації та комплексного соціального супроводу студентів-сиріт у ЗВО [13, С.12]

Виходячи із соціологічної характеристики проблем студентів-сиріт, можна виділити такі модельні періоди соціалізації:

- адаптаційний (від вступу до ЗВО до закінчення I курсу);
- основний (найбільш тривалий – II–IV курси);
- завершальний (останній курс навчання у ЗВО).

Під час першого – адаптаційного – періоду студент-сирота є об'єктом соціальної взаємодії та виступає учасником соціальних від-

носин. Соціальна взаємодія студента-сироти зі своєю новою малою соціальною групою включає в себе встановлення емоційного контакту із сусідами по кімнаті в студентському гуртожитку, одногрупниками тощо (що передбачає активізацію діяльності агентів соціалізації, розвиток соціалізаційного потенціалу студентів-сиріт у всіх сферах життєдіяльності). Додатково студентам необхідно налагодити контакти із викладачами, співробітниками гуртожитків та ЗВО у цілому. Також відбувається деяка перебудова свідомості сиріт щодо особливостей навчального процесу у ЗВО, який суттєво відрізняється від попередніх навчальних закладів. Зміна соціального оточення після вступу приводить до часткової втрати соціальних контактів з колишніми агентами соціалізації. За умов наявності значного соціалізаційного потенціалу в окремих студентів-сиріт можливий і більш ранній перехід між цими періодами.

Бар'єрами соціалізації сиріт, особливо на початковому етапі, є неправильний вибір спеціальності, слабкі знання, отримані від загальноосвітніх навчальних закладів, слабке усвідомлення власних перспектив, негативний вплив колишнього оточення, особисті лінощі та негативний соціальний досвід сиріт у минулому. Також із часом виявляються схильності до різних форм девіантної поведінки, що є впливом колишнього виховання, сирітських девіацій, які зумовлюються в межах їх генетичної програми.

Другий період – основний, найбільш тривалий, відповідає навчанню на II–IV курсах. У цьому періоді студент-сирота перебуває зазвичай тоді, коли він успішно адаптувався до нових умов навчання, проживання, не має академічних заборгованостей, а тому може приступати до нового навчального року та наступного періоду в своєму житті.

Третій період є завершальним (відповідає останньому курсу навчання у ЗВО, його ще можна називати «підготовкою до виходу із ЗВО»). У цьому періоді студент-сирота зазвичай перебуває лише тоді, коли він успішно пройшов попередні періоди соціалізації, має позитивні відгуки з боку адміністрації факультету, структурних підрозділів ЗВО та бачить сенс у здобутті повної вищої освіти.

Важливим фактором соціалізації на останніх етапах навчання є якісне проходження студентом практик, які передбачені навчальними програмами й дають змогу більш детально ознайомитись із реальним ринком праці.

Надзвичайно важливим критерієм у цьому періоді є наявність «значущого іншого» (колишнього опікуна (піклувальника), колишнього вчителя, завуча, вихователя), який би був джерелом соціальної підтримки, натхнення, емоційного розвантаження.

Відповідно до поставлених нами завдань визначимо методи їх досягнень, а саме: анкетування, індивідуальна бесіда, тестування, консультування із залученням фахівців (куратори академічних груп, заступники декана з виховної роботи, юрисконсульти, психологи тощо).

Зрозуміло, що ці методи будуть використовувати практичні соц. працівники. Так, анкетування являє собою надання відповідей на чіткі запитання, поставлені в анкеті. Як і будь-яке інше, це анкетування ґрунтується на думці, що студент-сирота відверто відповідає на запитання. З анкети можна отримати діагностичну інформацію про соціальне становище, рівень освіти, поінформованість особи щодо певних прав, особливості поведінки, плани на майбутнє. Тобто, це анкетування більш схоже на заповнення аплікаційної форми, з якої посадовці будуть отримувати основну інформацію щодо місць попереднього виховання, основних контактів студента тощо.

Під індивідуальною бесідою будемо розуміти такий метод дослідження, що організовується з метою вивчення індивідуальних особливостей, які анкетуванням виявити важко, наприклад, емоційно-вольову сферу студента.

Під час оформлення основних моментів можливе постійне користування таким методом, як консультування, під яким розуміється вид діяльності, що застосовують, як правило, фахівці щодо поставлених запитань чи існуючої проблематики. Найактуальнішими є запитання соціального та юридичного характеру, організації навчального процесу, спортивно-масової й науково-дослідної роботи. У студентів-сиріт, які мають проблеми з навчанням та вади фізичного розвитку, частіше виникають консультативні запитання щодо складання академічних заборгованостей – від можливості перескладання до термінів на додаткове опрацювання навчальних матеріалів. При проведенні подібних консультацій дуже важлива присутність на них, крім студентів I курсу, студентів-сиріт старших курсів навчання, оскільки це дасть змогу студентам-новачкам проїнятися довірою до думки «старших товаришів» і більш ефективно вирішувати відповідні проблеми.

Особливу увагу слід звернути на процес соціального становлення студентської молоді з числа сиріт, оскільки саме цей етап життя

людини є підготовчим до самостійного існування в сучасному суспільстві. Таким чином, слід поетапно розглянути роль соціального працівника та студента-сироти, а також виокремити індивідуальну програму розвитку студента-сироти в контексті інклюзивного навчання у ЗВО.

Пропонуємо проводити комплексний соціальний супровід студентів-сиріт на кожному періоді, а саме:

I період

1. Соціальна робота:

– розробка графіка індивідуальної та колективної виховної (корекційної) роботи, тобто розробка своєрідної індивідуальної комплексної програми розвитку студента з особливими освітніми потребами;

– надання додаткових послуг та форм підтримки в процесі навчання, що включає в себе консультування щодо особливостей користування майном гуртожитку (за умови відповідного проживання) у ЗВО; особливостей приготування їжі; розташування місць закупівлі якісних продуктів харчування, товарів загального вжитку, одягу, взуття; місць побутового обслуговування;

– організація колективних зібрань студентів-сиріт із спільним обговоренням основних питань їх життєдіяльності;

– представлення в разі потреби інтересів сиріт у органах державної влади, місцевого самоврядування;

– сприяння медичному обслуговуванню, подальший контроль за станом здоров'я студентів-сиріт, ведення тристороннього діалогу між спеціально уповноваженим органом охорони здоров'я, студентом, комісією соціального захисту профспілки, органом самоврядування, соціальним працівником; розробка відповідно до цього графіка санаторно-курортного оздоровлення та лікування (у разі потреби).

2. Юридичне та економічне консультування:

– організація надання (отримання) державних пільг та гарантій, поселення студентів-сиріт до студентських гуртожитків (у разі потреби); сприяння звільненню студентів-сиріт від сплати за проживання в студентських гуртожитках;

– ознайомлення студентів із плануванням власного бюджету, використанням власних коштів;

– залучення до різноманітних правових зустрічей; забезпечення права власності на нерухоме (рухоме) майно сиріт, особливо тих, які виїхали на навчання з основного місця проживання.

3. Психологічна допомога:

- супровід дітей-сиріт, встановлення контакту із сім'ями опікунів (піклувальників);
- діагностика особистих проблем, індивідуальних характеристик, виявлення індивідуальних факторів, які можуть вплинути на процес підготовки студента-сироти;
- узгодження питання адаптації, супутніх труднощів.

4. Організація спостереження за динамікою розвитку студента-сироти, інформаційне насичення з боку ЗВО, профспілок та органів самоврядування:

- ознайомлення з особливостями навчального процесу у ЗВО, зазначення відмінностей від загальноосвітніх навчальних закладів тощо;
- розповсюдження тематичних методичних посібників, у яких доступно б надавались відповіді на найбільш поширені запитання сиріт;
- запобігання можливим конфліктам з учасниками навчального-виховного, соціально-побутового процесів тощо;
- проведення бесід із залученням фахівців різних установ та закладів щодо пропагування здорового способу життя, форм сімейної підтримки;
- щорічне інформування студентів про існуючі пропозиції щодо пільгового оздоровлення в університетських санаторіях-профілакторіях, на базах відпочинку, у спортивно-оздоровчих таборах тощо;
- щорічне інформування про можливість отримання додаткової фінансової підтримки від ЗВО, профспілки у зв'язку з важким матеріальним становищем, оздоровленням, лікуванням;
- щомісячна розсилка на електронну пошту інформаційних пакетів, в яких повідомляється про основні питання та пропозиції за різними сферами студентського життя;
- ознайомлення студентів-сиріт з особливостями суспільного життя, районування міста, розміщення бібліотек, магазинів, лікувальних установ; висвітлення чіткого розуміння структури інституцій з прав людини у ЗВО, місті, області, державі.

II період

1. Соціальна робота:

- продовження основних видів роботи з I періоду;
- розробка графіка індивідуальної та колективної виховної роботи;
- тісна співпраця з органами місцевого самоврядування в частині постановки на квартирний облік для подальшого отримання упорядкованого житла (після завершенні навчання у ЗВО); сприяння в отриманні необхідного комплексу документів.

2. Інформаційне насичення з боку адміністрації факультету, профспілок та органів самоврядування:

- щорічне перепоселення студентів-сиріт до студентських гуртожитків, у разі потреби – зміна оточення (зміна кімнат, гуртожитків);
- широке інформування про можливе підвищення соціальних позицій у зв'язку із залученням до громадської, спортивної, науково-дослідної роботи, діяльності з проведення факультетських, університетських, загальноміських заходів;
- проведення підготовки до подальшого проживання в комунальних квартирах з роз'ясненням про особливості оплати за комунальні послуги тощо;
- зустрічі з адміністрацією ЗВО, профспілок та органів самоврядування з обговоренням різних проблем студентів, організація круглих столів.

3. Психологічна допомога:

- подальше проведення профорієнтаційної та роз'яснювальної роботи;
- запобігання конфліктам з учасниками навчально-виховного та соціально-побутового процесів;
- надання додаткових послуг та форм підтримки в процесі навчання.

4. Юридичне та економічне консультування:

- сприяння наданню (отриманню) державних пільг та гарантій студентам у зв'язку з досягненням повноліття; сприяння звільненню студентів-сиріт від сплати за проживання в студентських гуртожитках;
- ознайомлення студентів з особливостями складання власного бюджету, орієнтовним використанням власних коштів;
- залучення до різноманітних правових зустрічей та консультацій.

III період (підготовка до виходу з ЗВО)

1. Соціальна робота:

- продовження основних видів роботи з II періоду;
- перевірка проведення щотижневого контролю кураторами академічних груп та завідувачами випускових кафедр за ходом виконання графіків дипломування студентів-сиріт;
- сприяння розвитку контактів студентів-сиріт із потенційними роботодавцями;
- виїзди студентів-сиріт V курсу до інтернатних закладів з метою проведення своєчасної профорієнтації майбутніх абітурієнтів;
- проведення консультацій підрозділом зі сприяння працевлаштуванню студентів та випускників ЗВО, служб зайнятості тощо;
- отримання сиротами-випускниками матеріальної допомоги від ЗВО у зв'язку з працевлаштуванням. Згідно зі встановленою процедурою така допомога виплачується за місцем попереднього навчання сиріт при наданні документів, що засвідчують прийняття на роботу.

2. Інформаційне насичення з боку ЗВО, профспілок та органів місцевого самоврядування:

- кінцева співпраця з органами місцевого самоврядування в частині отримання упорядкованого житла (після завершення навчання у ЗВО);
- створення умов для повної самореалізації студентів-сиріт, залучення їх до організації та проведення громадської, спортивної, науково-дослідної роботи, діяльності з проведення факультетських, університетських, загальноміських заходів тощо.

3. Психологічна допомога:

- сприяння у вирішенні індивідуальних проблем студентів-сиріт у відносинах із сім'ями колишніх піклувальників та інших агентів соціалізації;
- подальше проведення профорієнтаційної та роз'яснювальної роботи щодо основних сфер життєдіяльності студента-сироти.

Створена модель буде успішною лише при дотриманні таких критеріїв:

- наявність двостороннього контакту між студентом-сиротою та соціальним працівником (причому перший у жодному разі не відмовляється від допомоги другого);
- активність самих студентів у вирішенні власних проблем (соціальний працівник лише створює для цього умови, виступає як другорядна особа або якщо й пропонує допомогу, то не заважаючи самос-

тійності студента);

- взаємодія студента-сироти та соціального працівника для подолання проблемних моментів;
- доброзичливість, наявність двостороннього позитивного контакту між сторонами діалогу;
- соціальна підтримка здійснюється упродовж усього терміну навчання;
- підтримка цієї категорії впливає з умов реального життя, проблемних питань, які щоденно виникають і які необхідно постійно вирішувати.

ЛЕКЦІЯ № 9. ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ІЗ ОСОБАМИ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ В СИСТЕМІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

На думку Дікової-Фаворської О.М., актуальність даної теми обумовлюється комплексом проблем людей з функціональними обмеженнями здоров'я, що знаходять своє виявлення у соціальних відносинах, структурах, і загострюють професійний інтерес соціологів, соціальних працівників, соціальних психологів та педагогів до змісту і наслідків процесів адаптації, самореалізації осіб з вадами здоров'я. Недостатньо масових опитувань населення і оприлюднення відповідних даних з проблем самопочуття інвалідів у сучасному українському суспільстві.

Слід враховувати, що в ході постійних соціальних трансформацій та кризових явищ попит громадянського суспільства на достовірну інформацію стосовно реального стану і тенденцій щодо можливостей самореалізації інвалідів постійно зростає. Тому розвиток соціології інвалідності в межах української соціології є назрілим питанням, вирішення якого дозволить вивчати проблеми самореалізації осіб з функціональними обмеженнями здоров'я у різних соціальних контекстах і матиме суттєве прикладне значення для організації ефективної діяльності державних служб і удосконалення соціальної роботи з даною категорією населення.

У кризовому суспільстві, яким є сучасна Україна, проблема самореалізації дітей-інвалідів, нерівного доступу до освіти людей з особливими потребами, адекватного використання їх кар'єрного ресурсу у відповідності до їх потреб і можливостей все більшою мірою потребує розробки спеціальної соціологічної теорії та підвищення ефективності соціальної роботи.

У соціальній роботі часто використовують спеціальні технології, які орієнтовані на забезпечення професійної спеціалізованої допомоги особливим групам клієнтів. Вони мають комплексний характер і забезпечують соціально-педагогічний, психологічний, медико-соціальний супровід означеної групи клієнтів.

Ефективність такої діяльності передбачає високу активність суб'єкта діяльності, яка полягає у розвитку творчої ініціативи, соціа-

льної відповідальності та критичного мислення.

З метою підвищення ефективності технологій впливу на людей з фізичним обмеженням здоров'я необхідне врахування конкретної ситуації, рівня маркованості хворобою, самоідентифікації індивіда. При наданні допомоги вищезазначеній соціальній групі важливо врахувати ставлення до неї оточуючого соціуму, що, безумовно, є однією з найкритичніших складових цього процесу. При цьому важливо відслідковувати, щоб надання послуг не закріплювало у свідомості та поведінці осіб з фізичним обмеженням здоров'я позицію пасивних користувачів. Саме мобілізація самих осіб до активної співпраці із здоровим оточенням є основним чинником успішної соціальної адаптації та інтеграції.

Для прискорення процесу соціальної адаптації та інтеграції необхідна розробка моделі по типу цільової технології, спрямованої на роботу з особами, що мають функціональні обмеження в отриманні освіти і працевлаштуванні. У нашому випадку – це модель інклюзивного навчання, яка передбачає:

- зміну самооцінки представників досліджуваної соціальної групи, набуття впевненості в успішній самореалізації відповідно до особливих потреб;

- набуття професійних знань, якісної освіти, незважаючи на функціональні обмеження здоров'я;

- подальше раціональне працевлаштування, успішна адаптація і самореалізація з урахуванням специфіки потреб і можливостей їх задоволення;

- виведення осіб з інвалідністю на якісно новий соціальний щабель, що змінить принципово життя на краще; набуття економічної незалежності.

Враховуючи специфіку умов життєдіяльності осіб з фізичними обмеженням здоров'я, необхідно виділити два основних етапи соціальної адаптації: 1) до вступу у вищий навчальний заклад; 2) під час навчання.

На цій основі ми виділяємо дві основні технології, а саме:

- підготовка до входження в інтегроване освітнє середовище;

- технології соціально-адаптаційної роботи під час навчання у вищому навчальному закладі.

Роботу з абітурієнтами з числа осіб з інвалідністю забезпечує мультидисциплінарна команда спеціалістів: медики, фізичні реабілі-

тологи, соціальні працівники, психологи, педагоги, юристи. Значну роль у процесі соціальної адаптації осіб з фізичними обмеженнями здоров'я відіграють студенти – партнери по навчальному процесу, які задовольняють комунікативну функцію та сприяють подоланню соціальних стереотипів, особливо, - у випадках високої маркованості хвороби індивіда.

Об'єктом допомоги виступають особи з фізичними обмеженнями здоров'я, які мотивовані на здобуття вищої освіти, престижної професії з подальшим працевлаштуванням і набуттям економічної незалежності.

У результаті застосування соціальної технології передбачається вирішення проблем як особистісного характеру (підвищення самооцінки, подолання агресивності по відношенню до здорових людей, зміна позиції «споживача соціальних послуг» та «утриманця» на позицію активного будівельника власної долі), так і соціальних проблем, пов'язаних із сприйняттям осіб з інвалідністю як «немічних», «неповноцінних», «неспроможних». Саме успішне вирішення цих проблем допомагає зруйнувати бар'єри у працевлаштуванні осіб з функціональними обмеженнями здоров'я.

Особи з вадами здоров'я отримують можливість змінити стиль життя від залежного до самостійного, в межах власних можливостей, домогтися соціального комфорту, зміцнити віру у власні сили і у своє майбутнє.

Технологія підготовки до входження в інтегроване середовище має тривати не менше року до початку навчання у вищому навчальному закладі. Це особливо важливо для абітурієнтів, які навчаються у закритих спеціалізованих навчальних закладах. Не секрет, що випускники цих структур показують нижчий рівень освітньої підготовки, ніж випускники загальноосвітніх шкіл. Для них є характерними скутість, некомунікабельність та низький рівень готовності навчання у ЗВО інтегрованого типу. Деякі абітурієнти звертаються з проханням навчатися за індивідуальним планом вдома, позбавляючи себе спілкування з однокурсниками.

Ситуація уникнення взаємодії зі здоровими студентами поглиблює розрив між всіма суб'єктами навчального процесу. У здорових студентів закріплюється ставлення до осіб з фізичним обмеженням здоров'я як до «інших», «слабших», а у студентів з інвалідністю – не формується впевненість у власних силах, самостійність, відповідаль-

ність і готовність до прийняття рішень щодо свого професійного майбутнього.

У роботі в інтегрованому середовищі важливо поєднувати різні форми і методи роботи: індивідуальну роботу у малих групах та корпоративну діяльність (загальноуніверситетську).

До найбільш розповсюджених форм індивідуальної роботи з особами, що мають вади здоров'я, у сучасному ЗВО відносяться наступні:

– бесіда, в ході якої визначаються особистісні характеристики індивіда, родинна ситуацію, плани щодо майбутнього, професії, мотивація до навчання у ЗВО, захоплення тощо. Особливу увагу під час бесіди з особами, що мають функціональні обмеження здоров'я, потрібно приділяти виявленню бар'єрів інтеграції, причин формування комплексів особистості, які, за спостереженнями спеціалістів, мають місце в повсякденному житті осіб з інвалідністю;

– медичний огляд, який здійснюється лікарем і фізичним реабілітологом з метою розробки індивідуальних програм, комплексу реабілітаційних заходів для адекватного відновлення функцій організму особи з вадами здоров'я;

– психологічне тестування, яке дозволяє окреслити коло завдань психолога та психотерапевта в роботі з даним клієнтом, що має функціональні обмеження здоров'я;

– юридичне консультування як самого абітурієнта, так і його родини щодо прав при вступі і навчанні у вищому навчальному закладі;

– педагогічне тестування з профілюючих дисциплін, яке націлене на виявлення рівня підготовки випускника; на його основі з'являється можливість розробити навчальну програму для групи «вирівнювання» з метою підготовки до незалежного тестування.

Всі ці форми сприяють продуктивній роботі по розробці індивідуальної програми соціального супроводу, програми підготовки до входження у «світ здорових людей», програми кардинальних змін власного життя. Така програма координує діяльність всіх фахівців команди соціальних працівників і виконує головну місію – підготовку до входження в інтегроване освітнє середовище.

Паралельно з індивідуальною формою роботи з особами, що мають функціональні обмеження здоров'я, досить плідною виявляється корпоративна діяльність. Включення абітурієнтів з інвалідністю до

проведення загальнофакультетських та університетських заходів розширяє можливості їх ефективної самореалізації. Це може бути творчий внесок (участь у концертах, літературних вітальнях), презентація комп'ютерної майстерності високого класу, участь у спортивних змаганнях для студентів з особливими потребами, у інтелектуальних іграх тощо. Ця діяльність виявляється досить корисною як для самих абітурієнтів з вадами здоров'я, так і для університетського загалу, оскільки створює комфортні умови для руйнування бар'єрів у сприйнятті та спілкуванні зі здоровим оточенням.

Робота у малих групах починається після зарахування до вищого навчального закладу. Вона поєднується з індивідуальною роботою, яка набуває іншої якості і передбачає проведення тренінгів, спрямованих на формування у студентів з особливими потребами навичок взаємодії в інтегрованому середовищі. Групова робота включає комплекс тренінгів, які умовно можна поділити на психологічні (корекція самооцінки, аутогенні тренування, опанування навичок вирішення конфліктів тощо), медико-реабілітаційні, інформаційно-правові та підготовчі до працевлаштування.

Комплексна програма соціального супроводу підготовки та навчання в інтегрованому середовищі, яка здійснюється мультидисциплінарною командою фахівців на чолі з соціальним працівником, має такі складові:

- медичну, яка виконує наступні функції: уточнення діагнозу та розробка комплексу реабілітаційних заходів, що розроблені індивідуально з урахуванням особливостей хвороби індивіда;
- психологічну, яка формує установку на подолання життєвої кризи та підтримує позитивне самопочуття індивіда;
- педагогічну, що передбачає розробку методик і технологій інклюзивного/інтегрованого навчання;
- інформаційну, що має на меті поширення знань про права і гарантії осіб з фізичними обмеженнями здоров'я;
- комунікаційну, яка задовольняє потребу у спілкуванні, створює умови включення в комунікативне середовище, в тому числі - і у віртуальне через комп'ютерні технології;
- соціальну, на яку покладається найскладніше завдання – зміна соціального простору через розвиток технологій у подоланні бар'єрів інтеграції: архітектурних, транспортних, і, що найважливіше, долання соціальних стереотипів (див. рис.9.1.)

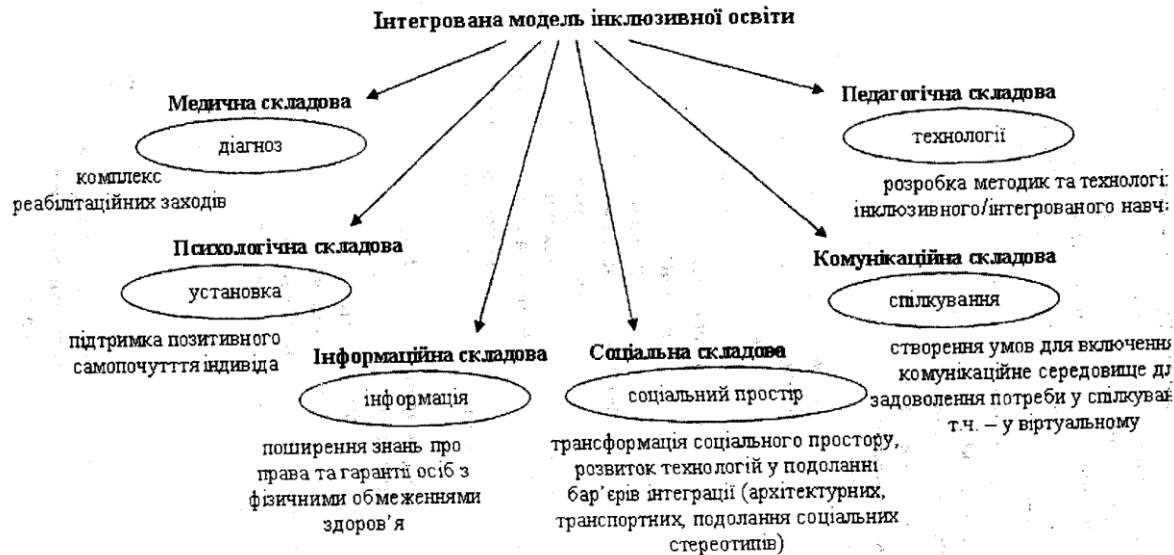


Рисунок 9.1 - Складові комплексної програми соціального супроводу підготовки та навчання в інтегрованому середовищі

Для систематизації роботи по запровадженню інклюзивної освіти необхідно поділяти осіб з функціональними обмеженнями здоров'я за певними критеріями. У нашому випадку це можуть бути такі групи осіб:

- 1) абітурієнти/студенти з глибоко маркованою хворобою (візочники, сліпі, слабочуючі, та інші);
- 2) клієнти з латентною формою інвалідності, без ознак зовнішнього прояву (онкохворі, ті особи, що отримали інвалідність після проведених операцій, діабетики тощо);
- 3) особи з набутою інвалідністю; їх досвід життя здоровими має велике значення у подоланні кризи;
- 4) молодь з вродженою інвалідністю, з високим рівнем залежності від сім'ї, з відсутністю досвіду перебування і навчання в інтегрованому середовищі;
- 5) особи, глибоко «занурені» у свою хворобу, незалежно від важкості захворювання та рівня маркованості. Саме ця група є найбільш складною для корекції, тому що презентує найнижчий рівень мотивації до набуття незалежності у своєму майбутньому через отримання освіти та раціонального працевлаштування.

Безумовно, цей поділ суто умовний, він передбачає певну гнучкість переходу з однієї групи до іншої після першого етапу адаптаційної роботи. Орієнтуючись на досвід роботи зі студентами з функціональними обмеженнями здоров'я, слід здійснювати індивідуальний підхід до кожного клієнта з урахуванням його особистісних характеристик, ставлення сім'ї до рішення отримати вищу освіту, престижну спеціальність, не завдяки, а всупереч обставинам, стану здоров'я (що посилює або послаблює можливості) та досвіду спілкування із здоровим оточенням до моменту прийняття рішення щодо навчання.

Саме остання позиція свідчить про наявність комплексу сприйняття себе як «іншого», «не такого, як всі», «дивного», що формується неадекватним ставленням здорових людей до осіб з інвалідністю, особливо, – глибоко маркованих хворобою.

Зважаючи на особливості роботи з кожною з таких груп, має бути описана окрема технологія. Наприклад, технологія соціальної адаптації людей з глибоко маркованою хворобою, крім програм, спрямованих на успішну адаптацію до інтегрованого освітнього середовища, розширення кола спілкування не тільки в малій групі, а і у всьому на-

вчальному закладі, має включати ще і програми, які основну мету вбачають у зменшенні рівня залежності від родини та подолання комплексу меншовартості, що спричинено неадекватним сприйняттям цих осіб здоровою частиною громади.

Технологічний алгоритм цієї роботи з абітурієнтами/студентами з функціональними обмеженнями здоров'я має включати вісім етапів:

1. Перший етап передбачає відбір потенційних абітурієнтів з числа осіб з інвалідністю в загальноосвітніх школах, спеціалізованих інтернатах, коледжах тощо. Він запроваджується керівництвом навчальних закладів спільно з органами управління освітою на регіональному рівні та з керівниками громадських організацій інвалідів;

2. На другому етапі здійснюється педагогічне та психологічне тестування з метою визначення рівня готовності до навчання у вищому навчальному закладі, в тому числі – інтегрованого типу; проводиться співбесіда, яка допомагає спрямувати роботу фахівців по розробці індивідуальної програми підготовки до наступного рівня навчання; здійснюється медичний огляд (за бажанням) і пропонується комплексна програма фізичної реабілітації для покращення функцій організму.

3. Третій етап передбачає розробку індивідуальної програми соціального супроводу, а також, за необхідністю, її корекцію в ході реалізації. Завершенням цієї роботи є вступ до вищого навчального закладу за обраною спеціальністю.

4. Четвертий етап включає заходи по адаптації першокурсника до нових умов навчання і життєдіяльності, сприйняття нового стилю життя, нових моделей комунікацій в малій групі та інтеграції студента з інвалідністю у загальнофакультетських та загальноуніверситетських заходах. Головною умовою участі в корпоративній діяльності є презентація своїх творчих, інтелектуальних, спортивних здібностей або прояв високого рівня відповідальності та залученості до проведення заходів як члена оргкомітету.

5. П'ятий етап триває до четвертого курсу навчання і передбачає залучення до наукової роботи у вищому навчальному закладі, до участі у творчих конкурсах, професійно-орієнтованих заходах з метою підвищення самооцінки студентів з функціональними обмеженнями здоров'я та формування готовності до професійної діяльності. Весь цей час означені студенти «навантажуються» участю у позааудиторній діяльності навчального закладу, стимулюються за прояви

успішного виконання навчального плану. Їх успіхи висвітлюються в університетських засобах масової інформації.

6. Наступний етап пов'язаний з проходженням практики поза стінами навчального закладу, де набувається досвід не тільки професійного змісту, а перш за все, – досвід буття у світі здорових людей, які не завжди готові сприймати інваліда як рівноправного партнера. Тут надзвичайно важливо зорієнтувати студента-практиканта бути конкурентоспроможним, креативним і довести, що його внесок у роботу підприємства або установи є повноцінним, цікавим. Якщо практикантом уже напрацьовані необхідні професійні та комунікативні компетенції, то це може навіть руйнувати соціальні стереотипи у здорових людей щодо осіб з інвалідністю. Студент з функціональними обмеженнями здоров'я має усвідомлювати, що це - його перший вихід в «чужий простір» в іншій якості – якості професійної готовності, високої мотивованості до працевлаштування, з проявом додаткових вмінь і навичок, в тому числі, – проведення заходів, презентацій, високим рівнем культури комунікацій, майстерним володінням комп'ютерними технологіями тощо.

7. Сьомий етап закріплює готовність студента з функціональними обмеженнями здоров'я до раціонального працевлаштування з подальшим набуттям економічної незалежності. Студенти повідомлені, що мають право на рекомендацію керівника ЗВО при працевлаштуванні за умов успішного виконання навчального плану, наукової роботи, активної участі у позааудиторній діяльності університету, що є додатковим стимулом у навчанні та соціалізації.

8. Восьмий етап є етапом оцінювання результату комплексної роботи по соціальній адаптації та інтеграції осіб з особливими потребами в світ здорових людей. Критерієм оцінювання є успішність працевлаштування випускників ЗВО. Тут оцінюється професійна відповідність працевлаштуванню, престижність посади, відслідковується швидкість просування кар'єрними сходинками та мотивація щодо подальшого навчання для здобуття другої вищої освіти, перепідготовки, підвищення кваліфікації. Окремо відслідковуються успіхи випускників з інвалідністю у науковій діяльності, які обрали її своєю майбутньою професією, вступивши до аспірантури.

Представлена модель інтегрованого/інклюзивного навчання за умов мультидисциплінарного соціального супроводу вирішує головні питання адаптації та інтеграції осіб з функціональними обмеженнями

здоров'я, надає можливості для повноцінної самореалізації, в тому числі – професійної, виводить представників цієї специфічної соціальної групи зі стану соціальної ексклюзії, руйнує упереджене ставлення громади до інвалідів як людей залежних, неспроможних.

Реалізація цієї моделі можлива в межах планового фінансування за рахунок переорієнтації фахівців на діяльність згідно із запропонованою технологією, визначеною в програмі. Це дає поштовх до інновацій, креативних підходів до організації інклюзивної освіти за демократичною європейською моделлю, де людина з інвалідністю – це не людина з вадами, а людина, яка відчуває певні незручності, які долаються. Ця людина за власним бажанням, за великим прагненням, завдяки власній наполегливості за умов адекватної організації навчального процесу може досягти своєї мети, може змінити докорінно своє життя.

Тому важливим напрямом діяльності ЗВО в удосконаленні підготовки спеціалістів з функціональними обмеженнями повинен стати перехід від мети навчання у вигляді системи знань, умінь і навичок в їх класичному розумінні до особистісних характеристик майбутнього спеціаліста, які все більше виступають у ролі безпосередніх показників рівня професійної підготовки спеціаліста. Особливо очевидною є неузгодженість між бажанням осіб з функціональними обмеженнями здоров'я самореалізуватися і доволі розмитими шляхами та засобами їх здійснення з урахуванням їх особливих потреб.

Модель інклюзивного навчання передбачає: по-перше, зміну самооцінки представників досліджуваної соціальної групи, набуття впевненості в успішній самореалізації відповідно до особливих потреб; по-друге, набуття професійних знань, якісної освіти, незважаючи на функціональні обмеження здоров'я; по-третє, подальше раціональне працевлаштування, успішну адаптацію і самореалізацію з урахуванням специфіки потреб і можливостей їх задоволення; у-четверте, виведення осіб з інвалідністю на якісно новий соціальний щабель, що змінить принципово життя на краще завдяки економічній незалежності.

Реалізація цієї моделі можлива за рахунок переорієнтації фахівців на діяльність згідно із запропонованою технологією, визначеною в програмі. Це дає поштовх до інновацій, креативних підходів до організації інклюзивної освіти за демократичною європейською моделлю, де людина з інвалідністю завдяки власній наполегливості за умов аде-

кватної організації навчального процесу може досягти своєї мети, може змінити докорінно своє життя.

Не секрет, що категорія осіб з функціональними обмеженнями здоров'я певним чином стигматизована, що сприяє формуванню у них заниженої самооцінки, призводить до її закритості у суспільстві. Оскільки людей з обмеженими можливостями здоров'я нерідко сприймають як «баласт» для суспільства, то вони перебувають у ситуації соціальної ексклюзії, так як не можуть скористатися правом на якісну освіту, працевлаштування, відчувають значні обмеження у наданні медичної та соціальної допомоги, у міжособистісному спілкуванні.

Процесом дестигматизації особи з особливими потребами виявляється її інтеграція у суспільство здорових людей, що означає процес і результат реалізації права людини, незалежно від ступеня її обмежень, брати участь у всіх сферах соціального життя на рівні зі здоровими людьми. Проте в силу дисфункцій соціальних інститутів і антигромадських практик нерідко порушується нормальне протікання соціалізації осіб з функціональними обмеженнями здоров'я, що на індивідуальному рівні характеризується як бар'єр соціалізації. Тому основним завданням спеціалістів у роботі з інвалідами стає сприяння реалізації творчого потенціалу особистості з урахуванням її особливих потреб та можливостей через соціальну адаптацію, ресоціалізацію та інтеграцію у суспільне життя. З таких позицій критерієм соціалізації виступає наявність вищої або спеціальної професійної освіти і можливість для індивіда реалізувати себе у будь-якій сфері суспільного життя за власним бажанням.

Однак, в Україні і сьогодні реалізується державна соціальна політика, що по суті орієнтована на ізоляцію дітей з проблемами розвитку від суспільства. Оптимальним варіантом їх соціалізації вважається інтернування, тобто розміщення у закритих установах інтернатного типу. Негативними моментами перебування дитини в таких установах виступає їх відірваність від родини, обмеженість у комунікації зі здоровими однолітками, занижений рівень освітніх послуг та подальша профорієнтація на спеціальності, які або не користуються попитом на ринку праці, або мають низький рівень оплати праці. Ця ситуація гальмує процес інтеграції людей з особливими потребами, обмежує їх соціокультурну мобільність та життєві шанси особистості. Тому необхідний серйозний соціологічний супровід процесу адаптації людей з обмеженими можливостями до мінливих соціальних умов, гуманізація

відносин між здоровими людьми і особами з функціональними обмеженнями.

Проектуючи свій спосіб життя та його стиль, кожний індивід виходить з деяких припущень про дійсність цінностей, з розуміння сенсу життя і цілей життєдіяльності. Для людини з обмеженими можливостями суттєве значення має також і адекватна оцінка стану свого здоров'я, уявлення про способи задоволення своїх особливих потреб, а також світоглядна та методологічна установка на реалізацію своїх інтересів. «Габітус» осіб з функціональними обмеженнями здоров'я, відображуючи об'єктивно задані соціальні позиції, дозволяє здійснювати вибір між різними стратегіями адаптації і на цій основі конструювати схеми відчуття особистісного чи колективного місця у стратифікаційних порядках.

Серед негативних чинників, що роблять вищу освіту для осіб з обмеженими можливостями здоров'я недоступною, слід відзначити наступні: низький рівень толерантності суспільства через негативні стереотипи, що склалися, відносно інвалідів; залежність у доступі до вищої освіти від територіально-соціальних умов мешкання осіб з вадами здоров'я; відсутність доступного середовища для здобування освіти в масовому ЗВО (одноповерхових навчальних корпусів і гуртожитків, пандусів, переобладнаних місць загального користування і т. д.) та спеціального персоналу, що може допомогти в адаптації осіб з вадами здоров'я до навчального процесу; невіра фахівців, що працюють з випускниками спеціалізованих шкіл, у реалізацію їх життєвої орієнтації на здобування вищої освіти у масовому ЗВО; низький рівень профорієнтаційної роботи у школах-інтернатах і відсутність у випускників-інвалідів інформації про ЗВО, що використовують інтегровану форму навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я; створюють можливості дистанційного навчання для людей з функціональними обмеженнями;

Для забезпечення успішної інтеграції осіб з інвалідністю в освітнє середовище потрібне запровадження інтерактивної моделі навчання, коли навчальний процес відбувається за умови постійної активної взаємодії всіх його учасників. Організація інтерактивного навчання передбачає моделювання виробничих ситуацій, використання рольових ігор, спільне вирішення проблеми на основі аналізу обставин та відповідної ситуації. Воно ефективно сприяє формуванню навичок, вмінь, виробленню цінностей, створенню атмосфери співробітництва,

взаємодії.

Перспективним напрямом розвитку сучасної системи освіти в умовах трансформації суспільства, плюралістичних підходів до освіти і виховання особи у мінливому соціокультурному середовищі є варіативність освіти, що виявляється націленістю на забезпечення максимально можливого ступеня індивідуалізації освіти. До способів реалізації ідеї варіативності освіти відносяться: різноманіття освітніх програм і освітніх установ, що їх реалізують; плюралізм і гнучкість навчальних програм, підручників; варіативність і можливість вибору програмно-методичного забезпечення, освітніх технологій тощо. Дистанційне навчання дає можливість здобувати освіту людям з особливими потребами, адже сучасні технології дистанційного навчання дозволяють вивчати будь-який предмет, не залишаючи власної кімнати, що є надзвичайно зручним для людей, які мають вади зору, слуху чи опорно-рухового апарату.

Свою продуктивність підтвердила організація навчального процесу в інтегрованих студентських групах, що дозволяє створити нове соціальне середовище, зорієнтоване на визнання рівних прав всіх людей у доступі до освіти, незалежно від їх особливих потреб. Взагалі, інтеграція в руслі концепції нетиповості являє собою процес об'єднання звичайних і нетипових студентів. При цьому для інвалідів не створюються спеціальні умови, адаптоване середовище. При інклюзії відбувається реформування навчальних закладів, перепланування приміщень таким чином, щоб вони відповідали потребам всіх без виключення осіб. Інклюзію доцільно розглядати як етап (або ступінь) інтеграції, її поглиблення і розширення.

До основних заходів щодо вдосконалення вищої освіти інвалідів слід віднести наступні: розробка методичного забезпечення дистанційної форми навчання інвалідів; створення при ЗВО факультетів дистанційного навчання за модульною системою (відкрита форма навчання); розширення кількості спеціальних груп для осіб з обмеженою працездатністю та інвалідів з вадами зору, слуху, мовлення у ЗВО I-IV рівнів акредитації і професійно-технічних навчальних закладах з конкурентоспроможних спеціальностей; організація моніторингу перспектив працевлаштування інвалідів, що отримують вищу освіту за певною спеціальністю з метою формування державного замовлення на вищу освіту і фахову підготовку інвалідів та інші.

Інтегрована модель інклюзивної освіти включає такі складові:

медичну (комплекс реабілітаційних заходів); психологічну (підтримка позитивного самопочуття індивіда); інформаційну (поширення знань про права та гарантії осіб з функціональними обмеженнями здоров'я); соціальну (трансформація соціального простору, розвиток технологій у подоланні бар'єрів інтеграції (архітектурних, транспортних, подолання соціальних стереотипів); педагогічну (розробка методик та технологій інклюзивного та інтегрованого навчання); комунікативну (створення умов для включення в комунікаційне середовище для задоволення потреби у спілкуванні, у т. ч. – у віртуальному. Таким чином, логічним акцентами на шляху розвитку інклюзивної освіти є: діагноз – установка – інформація – соціальний простір – технології – спілкування.

Модель інклюзивного навчання передбачає: 1) зміну самооцінки інвалідів, набуття впевненості в успішній самореалізації відповідно до своїх особливих потреб; 2) набуття професійних знань, якісної освіти, незважаючи на функціональні обмеження здоров'я; 3) подальше раціональне працевлаштування, успішну адаптацію і самореалізацію з урахуванням специфіки потреб і можливостей їх задоволення; 4) виведення осіб з інвалідністю на якісно новий соціальний щабель, що завдяки економічній незалежності принципово змінить життя на краще. Це дає поштовх до інновацій, креативних підходів до організації інклюзивної освіти за демократичною європейською моделлю, де людина з інвалідністю завдяки власній наполегливості за умов адекватної організації навчального процесу може досягти своєї мети, самореалізуватися з урахуванням своїх особливих потреб.

ЛЕКЦІЯ № 10. ТЕХНОЛОГІЯ ЗАСВОЄННЯ І ДОТРИМАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НОРМ ПІДЛІТКАМИ ТА МОЛОДДЮ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Гордієнко Н.М. пропонується модель засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами в базових середовищах, яка максимально орієнтована на активізацію зусиль самої особи, її активної участі по-можливості у всіх без винятку соціалізаційних процесах. Структурна модель сфер засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами представлена на рис. 10.1.

Структурна модель витікає із результатів діагностування підлітків та молоді з особливими потребами, завдяки яким нами виокремленні найважливіші для них сфери життєдіяльності: сімейне середовище, освітнє середовище, громадянське середовище (державні і недержавні установи, профільна і професійна спрямованість і діяльність, суспільне і політичне життя) і бачення свого власного життя і його перспектив.

Отже, в науковій літературі поняття «модель» має своє трактування у різних галузях знань. В контексті нашого дослідження нами дається таке визначення поняття «модель»: модель соціалізації підлітків та молоді з особливими потребами – це, перш, за все проект, що передбачає систему дій та заходів, спрямованих на формування бажаних рис та якостей особистості із певними вадами здоров'я.

Ця система заходів включає у першу чергу ті, що формують у підлітків та молодих людей з особливими потребами соціальні норми, які будуть сприяти їхній успішній соціалізації та подальшій інтеграції у суспільство.

На основі аналізу існуючих моделей соціалізації особистості, в тому числі і моделі соціалізації підлітків та молоді з особливими потребами, встановлено, що в них переважають заходи, спрямовані на роботу сім'ї, соціальних інститутів, соціальних служб, громадських організацій по наданню соціальних послуг та підтримки дітей, підлітків та молоді з особливими потребами, і жодна з моделей не робить суттєвого наголосу на участь самої особи з особливими потребами у соціалізаційному процесі.

Результати аналізу представлених у даному параграфі моделей

соціалізації дозволяють визначити інтегральну структурну модель сфер соціалізації підлітків та молоді з особливими потребами, яка включає таку сукупність сфер (середовищ) життєдіяльності: сімейне середовище, освітнє середовище, оздоровче середовище, виробничє середовище, державні та недержавні установи, суспільне і політичне життя, бачення свого власного життя і його перспектив.

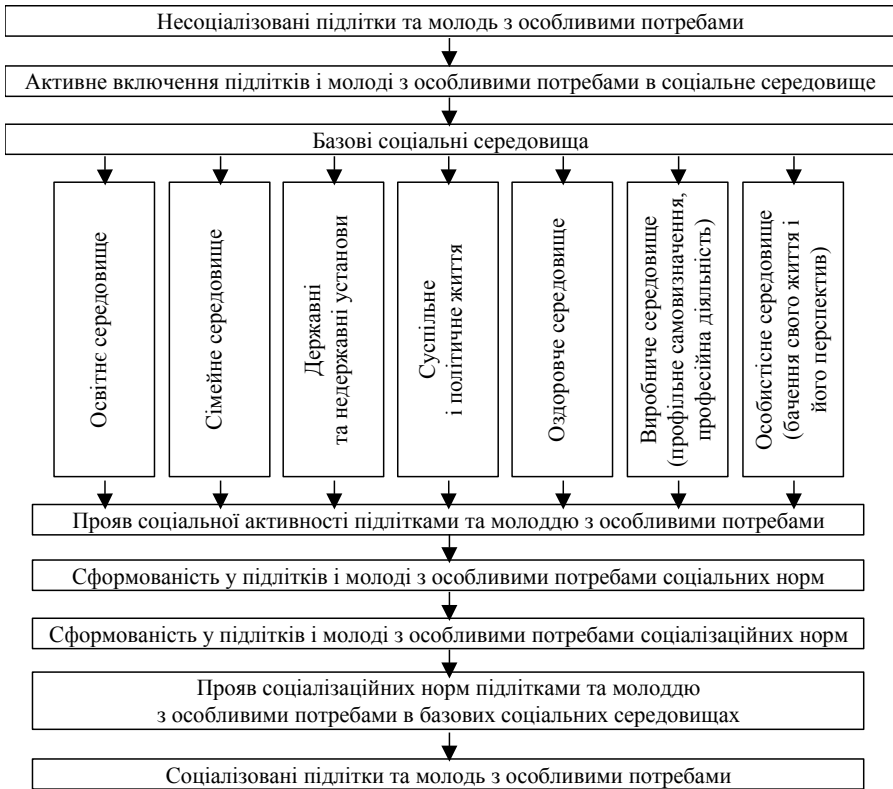


Рисунок 10.1. – Структурна модель сфер засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами.

В даному підрозділі на основі аналізу результатів соціологічного дослідження і в межах розробленої запропонованої нами моделі сфер засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю

з особливими потребами описується і аналізується доцільність розроблених технологій для цієї категорії осіб:

- загальної технології засвоєння соціальних норм;
- конкретні технології засвоєння соціальних норм у визначених в моделі сферах (середовищах) їх життєдіяльності: сімейному середовищі, оздоровчому середовищі, освітньому середовищі, виробничому середовищі, у державних і недержавних установах, у суспільному і політичному житті, у особистісному середовищі;

- рекомендації щодо напрацювання досвіду дотримання соціальних норм у кожній з визначених сфер з найважливіших напрямків соціалізації: сімейної, економічної, оздоровчої, освітньої, культурної, моральної, політичної, виробничої, особистісної (як суб'єкту і як об'єкту соціальних відносин).

Дана технологія засвоєння соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами включає наступні складові:

- визначення типу, виду та складності інвалідності, особливостей її протікання; рівня соціальної активності підлітків та молоді з особливими потребами;

- вивчення типу соціального середовища;

- визначення провідних соціальних норм означеного середовища;

- виявлення рівня активності підлітків та молоді з особливими потребами у засвоєнні визначених соціальних норм;

- визначення методів та прийомів засвоєння соціальних норм;

- розробка заходів, які сприяють дотриманню соціальних норм, що проявляється у спілкуванні, співпраці, емоційному стані, позитивному ставленні до себе, до свого теперішнього життя, до планів на майбутнє і свідчить про рівень її соціалізованості;

- включення підлітків та молоді з особливими потребами у ці види діяльності за умови необхідних об'єкт-суб'єктних суб'єкт бажаних, суб'єкт-суб'єктних стосунків;

- оприлюднення рівня засвоєння підлітками та молоддю з особливими потребами соціальних норм;

- виявлення рівня їх соціалізованості;

- рекомендації підліткам та молоді з особливими потребами щодо засвоєння і дотримання ними соціальних норм.

Схематично загальна технологія засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами предста-

влена на рис.10.2.



Рисунок 10.2. – Загальна технологія засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами

Дана загальна технологія засвоєння і дотримання соціальних норм підлітками та молоддю з особливими потребами є основою для розробки детальної технології у конкретному середовищі. При цьому слід враховувати, що на шляху засвоєння соціальних норм у підлітків та молоді з особливими потребами можуть виникати різні перешкоди, бар'єри, завдяки яким гальмується процес засвоєння соціальних норм і, як наслідок, весь процес соціалізації. Основними шляхами подолання таких бар'єрів С.С. Фролов [174], є наступні:

- Зміна способу життя (зміна зовнішнього вигляду квартири чи кімнати: придбання книг, комп'ютера чи іншої техніки, стилю одягу на краще, розширення кола спілкування, урізноманітнення видів діяльності).

- Розвиток типової бажаної поведінки (в колі сім'ї, серед друзів, серед інших людей; у навчальному закладі чи на роботі).

- Розвиток здатності долати емоційні бар'єри (внутрішню напругу) при прийнятті нових соціальних ролей.

- Розвиток комунікативних здібностей і здатності долати комунікативні бар'єри.

- Подолання цих бар'єрів дає шанс людині підняти свій соціальний статус, але воно ж і породжує можливість соціального падіння, яке може мати місце, якщо дії підлітків та молоді з особливими потребами не будуть глибоко продумані, виражені, бо може мати місце загроза втратити окремих членів свого близького оточення і не придбати нових друзів, однодумців тощо.

Щоб цього не трапилось, підлітків та молоді з особливими потребами з дитинства і, особливо, у шкільні роки слід спрямовувати на:

- здатність до самостійного задоволення власних життєвих проблем;

- здатність контролювати свої емоції і дії в різних життєвих ситуаціях;

- здатність діяти певним чином у конкретних ситуаціях;

- здатність адекватно оцінювати себе і свою діяльність;

- здатність позитивно ставитись до інших;

- здатність визначати головні життєві проблеми;

- здатність працювати в групі;

- здатність мобілізувати зусилля (свої і оточуючих) для досягнення поставленої мети;

– здатність вважати себе повноцінним членом того мікросоціуму, до якого підлітки та молодь з особливими потребами входять.

Подолання вищеозначених бар'єрів і розвиток названих здатностей може мати місце у будь-яких середовищах, до яких включені підлітки та молодь з особливими потребами, але вплив кожного з середовищ визначається особливостями середовища і статусом підлітків та молодих людей з особливими потребами у цьому конкретному середовищі.

Так, якщо розглянути сімейне середовище, то можна сказати, що перші сім позицій із загальної технології залишаються незмінними. Своєрідними для сімейного середовища є система методів, прийомів засвоєння соціальних норм, визнаних у даній сім'ї значущими. Особливістю цих норм є те, наскільки вони співпадають із загальними соціальними нормами, визнаними значущими у суспільстві. Якщо соціальні норми сім'ї співпадають із загальносоціальними, то процес соціалізації відбувається інтенсивно, якщо ні, то цей процес гальмується цими протиріччями і ставить підлітків та молодих людей з особливими потребами у складне становище, бо, з одного боку, вони засвоюють норми сім'ї, як первинних агентів соціалізації, а з іншого – норми суспільства, недотримання яких веде до конфліктів з оточуючими, відчуження однолітків, ігнорування дорослими, що спричинює багато життєвих ускладнень. З метою уникнення подібної ситуації, нами пропонується така технологія засвоєння і дотримання загально-визнаних суспільством соціальних норм у сім'ї:

– виявлення виду і складності інвалідності;

– формування провідних соціальних норм, таких, як: взаємоповага між членами сім'ї, відповідальність, терпимість до інших думок і вчинків, самоаналіз спілкування і діяльності, адекватна самооцінка, здатність приймати рішення і виконувати їх, здатність долати труднощі, здатність і бажання вчитися, намагання досягати успіху, прояв ініціативності, самостійності, впевненості у своїх силах та ін.;

– визначення основних видів діяльності, які сприяють засвоєнню соціальних норм сімейного середовища: самообслуговування, побутові обов'язки, навчання, піклування про членів сім'ї;

– методи і прийоми формування соціальних норм: об'єкт-суб'єктні і суб'єкт-суб'єктні стосунки; обґрунтована як необхідна допомога; позитивно схвалювальні будь-які досягнення; установка на

оптимістичне ставлення до власного життя і позитивне ставлення до оточуючих;

- включення в основні види діяльності в сімейному середовищі;
- обговорення результатів діяльності і взаємодії з членами сім'ї, які і визначатимуть рівень соціалізованості підлітків та молоді з особливими потребами;
- рекомендації членів сім'ї щодо підвищення рівня засвоєння необхідних соціальних норм до бажаного.

ЛЕКЦІЯ № 11. ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ІЗ ОСОБАМИ ХВОРИМИ НА ВІЛ/ СНІД

Кейс-менеджмент або ведення випадку – це новітня технологія соціальної роботи у т.ч. й із особами хворими на ВІЛ/СНІД, забезпечення доступу клієнтам до послуг і ресурсів, відповідно до їх індивідуальних потреб, з метою покращення якості їх життя, захисту прав та інтересів.

В центрі кейс-менеджменту перебуває клієнт з його індивідуальними потребами. Основним завданням є активне наснаження й підвищення самостійності клієнтів у вирішенні власних проблем, розвиток їх потенціалу. Саме тому клієнти залучаються до формування плану супроводу, на них покладаються обов'язки й відповідальність за досягнення результатів.

Одним з важливих принципів ефективного кейс-менеджменту є мультидисциплінарний і міжвідомчий підхід. Процес роботи включає залучення фахівців з різних сфер, дотичних до проблемної ситуації клієнта, їх скоординовану діяльність. Тут ключовим є ефективний обмін інформацією щодо ведення випадку, задля чого ведеться відповідна документація на кожен випадок, проводяться мультидисциплінарні робочі зустрічі, де обговорюється робота з клієнтами.

Не менш важливим є повноцінне використання громадських ресурсів з метою мінімізації затрат. Тут важливо навчити клієнтів користуватись доступними послугами й ресурсами, які наявні в державних, комерційних та громадських закладах.

В кейс-менеджменті необхідно правильно розподіляти навантаження між фахівцями, залученими до супроводу клієнтів. Ключову роль відіграє координатор випадку або кейс-менеджер. Його функціями є початкова й поточна оцінка потреб клієнта, ведення відповідного пакету документації, залучення і координація роботи МДК, переадресація й відслідкування результатів, оцінка якості й ефективності роботи з кожним клієнтом. Найчастіше координатором випадку виступає соціальний працівник.

З метою профілактики ефекту вигорання рекомендується для програмних фахівців, залучених до ведення клієнтів, регулярно здійснювати менеджерську, технічну й психологічну супервізію. Супервізія має бути обов'язковою складовою професійної діяльності фахівців в

сфері ВІЛ/СНІДу, з огляду на складні умови їхньої праці, значне психологічне навантаження, роботу в стресовому середовищі й нерівномірний графік роботи.

В міжнародній практиці кейс-менеджмент вважається найефективнішою технологією соціальної роботи, особливо у сфері роботи з вразливими групами населення. Саме тому ця технологія рекомендована до використання в рамках надання послуг ВІЛ-позитивним особам.



Рисунок 11.1 – кейс-менеджмент або ведення випадку як технологія соціальної роботи зі специфічним клієнтом

Процес кейс-менеджменту передбачає дотримання 4 основних етапів:

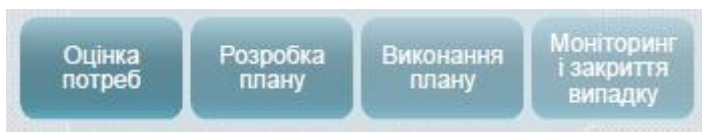
– Оцінка потреб – це процес збору всебічної інформації про особу, її родину та оточення, аналіз цієї інформації, визначення потреб

та проблем клієнта, підготовка висновків та рекомендацій для подальшого планування допомоги. В контексті соціального супроводу лікування ВІЛ-позитивних осіб необхідно проаналізувати рівень прихильності до АРТ й медичних послуг за наступними критеріями: наявність у клієнта знань про ВІЛ/СНІД й дотичні сфери, сформованість навиків прихильності до лікування, рівень мотивації, можливі обмеження й наявність ресурсів для формування прихильності.

– Розробка плану супроводу - це процес визначення заходів й діяльності, спрямованих на вирішення проблем клієнта, термінів виконання цих заходів і відповідальних осіб. План супроводу завжди розробляється разом з клієнтом, з врахуванням його бачення та згоди. Пріоритетність і послідовність заходів при плануванні залежить від потреб клієнта.

– Виконання плану супроводу – це реалізація запланованих у плані супроводу дій, заходів, кроків для вирішення проблем та задоволення потреб клієнта. Одним з завдань соціального працівника на цьому етапі підтримувати клієнта у виконанні визначених заходів, мотивувати його до змін. Також він здійснює проміжну оцінку якості й ефективності виконання запланованих заходів, з обов'язковим врахуванням думки клієнта. На основі проміжної оцінки виконання плану супроводу можна повертатись на етап оцінки потреб і оновлювати план супроводу.

– Кінцевий моніторинг і закриття випадку передбачає оцінку результатів й аналіз стану кроків, які впроваджувались в роботі з конкретним випадком. Моніторинг наданих послуг та роботи з випадком відбувається з визначенням кількісних та якісних показників. Якісними показниками є зміни у стані клієнта, його суб'єктивне задоволення отриманими послугами. Кількісні ж показники – це послуги й ресурси, які клієнт отримав завдяки участі в проекті. Завершення надання послуг відбувається на основі висновків, отриманих при кінцевому моніторингу.



Рисуюнок 11.2– етапи супроводу клієнта

Соціальний супровід ВІЛ-позитивних осіб

АРВ-терапія на сьогодні залишається найважливішим чинником в зупинці епідемії ВІЛ/СНІД. Результатом правильного прийому АРВ-терапії, як правило, є невизначене вірусне навантаження, що веде до збереження здоров'я ВІЛ-позитивних осіб, зниження смертності від ВІЛ/СНІД та інфікування ВІЛ. Ключовими завдання в цьому контексті мають бути:

- Формування прихильності до АРТ - здатність особи розпочати, управляти й підтримувати процес прийому препаратів у визначених дозах, у визначений час, з визначеною частотою і за визначених умов, відповідно до призначень лікаря;

- Формування прихильності до диспансерного спостереження - здатність особи стати і перебувати на регулярному диспансерному спостереженні, що включає в себе планові візити до лікаря, планові обстеження та інші заходи, відповідно до стандартів системи охорони здоров'я.

На шляху до формування високої прихильності, як правило, лежать численні перешкоди - не тільки в медичній, а й в соціальній, економічній, психологічній, юридичній площинах:

- Психо-соціальні фактори - самостигматизація, алко/наркозалежності, депресія та синдром тривожності, викривлені релігійні переконання, соціальна дезінтеграція;

- Соціо-економічні фактори - відсутність коштів на транспорт до медичного закладу, нерегулярне харчування, відсутність освіти, роботи й постійного місця проживання;

- Демографічні фактори – гендер, підлітковий вік;

- Системні перешкоди – значна відстань до медичного закладу, черги на прийом до лікаря, незаконне стягнення плати за проходження діагностики тощо.

- Перешкоди на рівні громади – зовнішні стигма й дискримінація, досвід відмови в надання послуг через ВІЛ-статус.

Саме тому для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД актуальним є забезпечення ВІЛ-позитивним особам не тільки медичного, а й соціального супроводу в найширшому значенні, що дасть можливість подолати перешкоди в залученні ЛЖВ до системи лікування ВІЛ.

Пакети послуг в рамках проектної діяльності розраховані на індивідуальну роботу з клієнтами фахівців проекту, в т.ч. на подолання

перешкод до формування медичної прихильності на рівні клієнта. Тим не менше, задля підвищення рівня ефективності проектної діяльності, організаціям рекомендовано працювати на рівнях системних перешкод (колективне представництво інтересів) та перешкод на рівні громади (інформаційно-просвітницька робота з загальним населенням і персоналом виправних закладів).

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні має свої особливості й тенденції, які необхідно обов'язково враховувати в проектній діяльності. Зокрема, прогалинами в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД на даний час можна вважати занадто пізні звернення ЛЖВ щодо постановки на диспансерний облік, значну кількість ЛЖВ, які більше року не відвідують СНІД-центри й кабінети «Довіри», проблему конфекції ВІЛ і туберкульозу. З цією метою, визначено додаткові рекомендації у впровадженні напрямку «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб»:

Пізня постановка ЛЖВ на диспансерний облік

- Наявність соціального працівника при кабінеті консультування і тестування, який забезпечує супровід у постановці на диспансерний облік, надає консультації «рівний-рівному»
- Забезпечення супроводу в постановці на диспансерний облік для ВІЛ-позитивних осіб, що звільняються з пенітенціарних закладів
- Забезпечення безперервності супроводу шойно виявлених ВІЛ-позитивних осіб між проектами зменшення шкоди й проектами з догляду й підтримки

"Неактивна" диспансерна група з числа ЛЖВ

- Забезпечення виходу на "неактивну" диспансерну групу (ЛЖВ, які більше року не відвідували СНІД-центри) через соціальних працівників, які перебувають в штаті медичних закладів, через отримання від пацієнтів при постановці на диспансерний облік згоди на передачу даних в НУО

Коінфекція ВІЛ/ТБ

- Забезпечення обов'язкового скринінгу ЛЖВ на предмет виявлення ТБ, супровід на діагностику, відслідкування результатів та доведення до лікування ТБ (з фокусом на групу СІН)
- Забезпечення доведення клієнтів до медичних закладів за місцем їх проживання - після лікування ТБ у стаціонарних відділеннях тубдиспансерів

Рисунок 11.3 - додаткові рекомендації у впровадженні напрямку «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб»

Моделі і схема ведення клієнтів

Ведення клієнтів за напрямом з соціального супроводу лікування ВІЛ-позитивних осіб рекомендується здійснювати за двома моделями:

– Підтримуючий супровід включає надання основної інформації щодо основ лікування ВІЛ, формування мотивації і навиків прихильності до лікування. Дана модель передбачає, що у клієнта немає ком-

плексних перешкод для формування прихильності до лікування. Критерії надання супроводу - клієнти, які потребують нетривалого спрямованого втручання з метою мобілізації власних ресурсів для вирішення проблем та підтримки їх стабільності. За цією моделлю рекомендується надавати клієнтам пакет послуг компоненту «Формування прихильності до АРТ й медичних послуг» (ст. 8)

– Комплексний супровід - це допомога у вирішенні комплексних проблем ВІЛ-позитивних осіб, які на даному етапі життя не здатні самостійно їх подолати. Основною метою такого супроводу залишається формування прихильності до медичних послуг у ВІЛ-позитивних клієнтів, проте завданням даної моделі є також і подолання тих перешкод та бар'єрів, які стоять на шляху до формування прихильності. Критерії надання супроводу - клієнти, які на даному етапі життя стикаються з численними проблемами в різних сферах і не здатні самостійно їх подолати. За цією моделлю рекомендується надавати клієнта, згідно їх індивідуальних потреб, пакети послуг компонентів «Індивідуальне представництво інтересів» (ст. 9), «Супровід лікування туберкульозу на амбулаторному етапі» (ст. 9). «Психосоціальна підтримка на дому» (ст. 10). Комплексний супровід включає в себе надання послуг підтримуючого супроводу - паралельно або після надання послуг комплексного супроводу.

– За бажанням і потребою клієнти додатково можуть приймати участь у групах самопомоги з метою подолання самостигматизації, прийняття статусу, отримання підтримки з боку інших ВІЛ-позитивних осіб, формування й підтримки навиків прихильності до терапії, формування мотивації й навиків відповідального батьківства тощо. Передбачається, що групи самопомоги організуються на волонтерських засадах, з залученням постійних клієнтів в якості фасилітаторів.



Рисунок 11.4 – Моделі схема ведення клієнтів

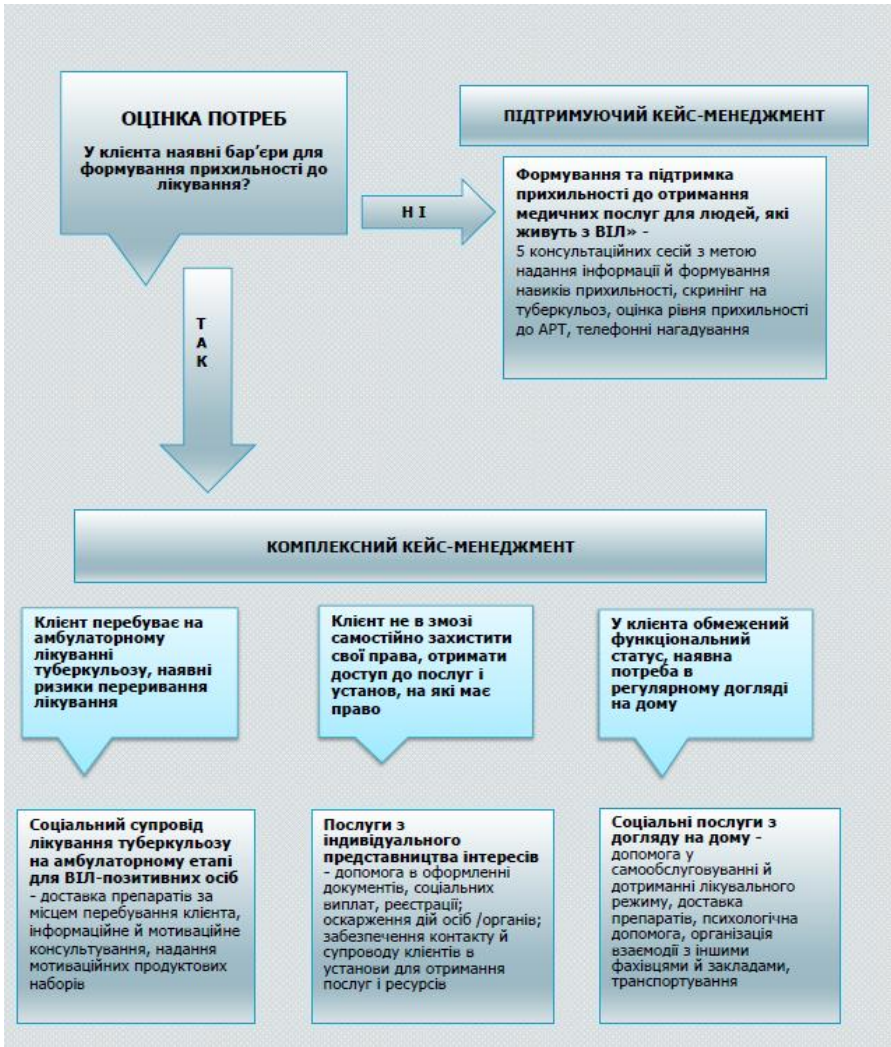


Рисунок 11.5 – схема ведення клієнтів

Формування прихильності до АРВ-терапії й диспансерного спостереження

Завдання: формування прихильності до АРВ-терапії й диспансерного спостереження

Цільові групи:

- ВІЛ-позитивні особи, які готуються до початку прийому АРТ;
- ВІЛ-позитивні особи, які приймають АРВ-терапію, проте порушують режим лікування;
- ВІЛ-позитивні особи, які щойно дізнались про свій ВІЛ-статус;
- ВІЛ-позитивні особи, які порушують режим диспансерного спостереження;

Пакет послуг:

- Консультація соціального працівника

Середня кількість - 6 послуг (1 сесія з оцінки потреб та 5 консультаційних сесій на формування прихильності);

Середня тривалість послуги = 50 хвилин + 10 хвилин на заповнення документації;

Надавач послуги - соціальний працівник;

Зміст послуги (надається очно, при зустрічі з клієнтом):

- Оцінка потреб клієнта (проводиться з використанням стандартного документу «Картка клієнта», переглядається раз на пів року);
- Надання інформації з питань ВІЛ/СНІД, принципів діагностики СД4, ВН та ІФА, опортуністичних інфекцій з фокусом на туберкульоз, принципів дії АРВ-терапії;
- Особливості вживання та зберігання АРВ-препаратів, негативні наслідки недотримання режиму прийому препаратів, побічні ефекти, підготовка індивідуального плану прихильності;
- Турбота про власне здоров'я (діагностика й лікування супутніх хвороб, готовність та навички; користуватися медичними послугами, забезпечення підтримки з боку найближчого оточення);
- Позитивна профілактика (можливість реінфікування ВІЛ, розкриття статусу партнерам);
- Права, користування ресурсами, розвиток навичок представництва власних інтересів;
- Проведення скринінгу на туберкульоз з метою вчасного виявлення й лікування ТБ – з використанням стандартного опитника в документі «Картка клієнта» (раз на пів року);
- Проведення оцінки прихильності до АРТ з використанням стандартного документу «Оцінка прихильності до АРТ» (раз на пів року).
- Телефонне нагадування

Середня періодичність - раз на 3-4 місяці.

Середня тривалість послуги = 10 хвилин + 5 хвилин на заповнення документації.

Надавач послуги - соціальний працівник.

Зміст послуги (надається в телефонному режимі, в режимі online):

- Нагадування про проходження планової діагностики й отримання АРВ-препаратів;
- Підтримка мотивації та прихильності до медичних послуг;
- Оцінка ризиків переривання АРТ і диспансерного спостереження, при виявленні факторів, які можуть привести до переривання АРТ чи вчасного диспансерного спостереження, клієнта необхідно запросити на очну консультацію для прояснення причин та випрацювання плану спільних з клієнтом дій для їх усунення.

Орієнтовні показники ефективності:

- Кількість ВІЛ-позитивних осіб, які перебували на АРТ,
- З них, кількість ВІЛ-позитивних осіб, які перервали АРТ;
- Кількість ВІЛ-позитивних осіб, які почали АРТ з СД4 <200,
- З них, кількість ВІЛ-позитивних осіб, у яких через рік після початку АРТ вірусне навантаження стало невизначеним;
- Кількість ВІЛ-позитивних осіб, направлених на діагностику туберкульозу;
- Динаміка рівня прихильності до АРТ у ВІЛ-позитивних осіб (з використанням стандартного документу «Оцінка прихильності до АРТ»)

Індивідуальне представництво інтересів

Завдання: забезпечення доступу ВІЛ-позитивних осіб до якісних послуг і ресурсів, на як клієнт має право, проте неспроможний отримати самостійно.

Цільова група:

ВІЛ-позитивні особи, які стикнулись з проблемами, пов'язаними з дискримінацією, порушенням прав, втратою документів, необхідністю отримання допомоги щодо оформлення виплат, необхідністю забезпечення доступу до медичної допомоги тощо.

Пакет послуг:

- Індивідуальне представництво інтересів

Середня кількість – від 1 до 12 послуг, в залежності від складності випадку;

Середня тривалість послуги = 50 хвилин + 10 хвилин на заповнення документації;

Надавач послуги - соціальний працівник;

Зміст послуги:

– забезпечення доступу клієнтів до якісних медичних послуг, з фокусом на забезпеченні безперервності лікування, безкоштовної діагностики ВІЛ, ТБ, СД4 і ВН, стаціонарного лікування;

– сприяння в отриманні виплат, пенсій, субсидій, пільг з боку держави;

– сприяння в оформленні/відновленні документів, в тому числі в реєстрації місця проживання або перебування;

– сприяння у забезпеченні доступу до ресурсів і послуг в громаді, встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами;

– допомога в розшуку рідних та близьких, відновленні родинних та соціальних зв'язків;

– встановлення контактів із ключовими особами третьої сторони, перед якою фахівець представляє інтереси клієнта, ведення з ними переговорів від імені клієнта;

– оскарження дій чи бездіяльності посадових осіб, державних органів, прийнятих ними рішень;

– розвиток навиків самопредставництва у клієнта, роз'яснювальна роботи щодо його прав.

Орієнтовні показники ефективності:

– Кількість поточних кейсів з індивідуального представництва інтересів;

– Кількість розпочатих кейсів з індивідуального представництва інтересів;

– Кількість завершених кейсів з індивідуального представництва інтересів.

Супровід лікування туберкульозу на амбулаторному етапі

Завдання: забезпечення прихильності клієнтів до високоякісних медичних послуг на етапі амбулаторного лікування ТБ

Цільова група:

Особи, хворі на туберкульоз 1-3 категорії, на етапі амбулаторного лікування ТБ при умові, що до завершення лікування залишилось не менше одного місяця

Пакет послуг:

– Доставка препаратів

Середня регулярність – щотижня впродовж амбулаторного етапу лікування ТБ;

Середня тривалість послуги = 25 хв. + 5 хв. на заповнення документації;

Зміст послуги (надається за місцем проживання клієнта):

– Доставка протитуберкульозних препаратів за місцем перебування клієнта;

– Консультування (див. опис пакету послуги «Консультації соціального працівника» в компоненті «Формування прихильності до АРТ й медичних послуг, ст. 8», з фокусом на інформацію про важливість дотримання принципів протитуберкульозного лікування;

– Надання продуктового набору

Середня кількість – 4 набори;

Орієнтовні показники ефективності:

– Кількість ВІЛ-позитивних осіб, які перебували на амбулаторному лікуванні ТБ,

– З них, кількість ВІЛ-позитивних осіб, які перервали амбулаторне лікування ТБ;

– Кількість ВІЛ-позитивних осіб, які розпочали амбулаторне лікування ТБ

Психосоціальна підтримка і догляд на дому

Завдання: забезпечення щоденного функціонування ВІЛ-позитивних осіб з обмеженим функціональним статусом, які потребують послуг з догляду на дому, з метою формування у них прихильності до лікування.

Цільові групи:

– ВІЛ-позитивні особи з обмеженим функціональним статусом, які тимчасово або постійно нездатні до самостійного пересування та/або самообслуговування (за об'єктивними медичними показниками);

– ВІЛ-позитивні особи після хірургічних операцій, травм, інсульту тощо;

– ВІЛ-позитивні клієнти похилого віку, які потребують догляду та допомоги у побуті.

Пакет послуг:

– Патронаж соціального працівника

Середня кількість - 10 послуг на рік (надання даних послуг розраховане на початковий етап роботи з клієнтом з метою організації доступу до ресурсів, після чого рекомендовано переведення клієнта на підтримуючий супровід)

Середня тривалість послуги = 1 год. 10 хвилин + 10 хвилин на заповнення документації;

Зміст послуги (надається за місцем проживання клієнта):

- Сприяння в отриманні клієнтом АРВ-препаратів;
- Сприяння в проходженні клієнтом діагностики на СД4, ВН;
- Допомога у дотриманні лікувального режиму (прийом ліків, реабілітаційні заходи);
- Допомога у самообслуговуванні, навчання навикам самообслуговування (дотриманні особистої гігієни, рухового режиму, годування);
- Допомога у веденні домашнього господарства (закупівля продуктів харчування, ліків та інших товарів за кошти клієнта, приготування їжі, прання, прибирання житла, оплата комунальних платежів;
- Допомога в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами (виклик лікаря, комунальних служб, транспортних служб тощо);
- Сприяння у забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навикам користування ними;
- Створення умов для посильної праці, організації трудової терапії вдома;
- Надання інформації з питань соціального захисту населення;
- Допомога в отриманні безоплатної правової допомоги;
- Пошук додаткових ресурсів у громаді для покращення якості життя особи та її рідних, контакти з службами і агенціями у громаді, переадресація, розвиток соціальних зв'язків клієнта з оточенням;
- Здійснення діагностичного патронажу (вивчення умов проживання, аналіз проблем та потреб), контрольного патронажу (моніторинг результатів соціального супроводу).

– Консультація психолога

Середня кількість - 6 послуг;

Середня тривалість послуги = 50 хвилин + 10 хвилин на заповнення документації;

Зміст послуги:

- Психологічне консультування, психодіагностика, кризове кон-

сультування, психокорекція;

– Консультування з метою формування навиків подолання само-стигматизації, безпечної поведінки, конструктивного подолання проблеми, збереження якості життя, здоров'я та працездатності.

– Транспортування

Середня кількість - 4 послуги;

Середня тривалість послуги = 1 год.;

Зміст послуги:

– організація транспортування клієнта (виклик транспорту, організація транспорту при відсутності у клієнта можливості самостійно оплатити послугу, супровід клієнта до медичних й соціальних закладів).

Вимоги до персоналу

Ключовими особами, що задіяні у впровадженні проектів з соціального супроводу лікування є соціальний працівник, психолог та керівник проекту/напряму.

Керівник проекту / напряму

Необхідні знання й навички:

– Налагодження та підтримка дипломатичних стосунків із керівництвом державних та громадських організацій;

– Представлення інтересів організації та клієнтів на зовнішньому рівні;

– Адвокатування проектної діяльності на регіональному рівні;

– Прийом на роботу персоналу й розробка планів навантаження персоналу;

– Проведення регулярної атестації та менеджерської супервізії персоналу;

– Проведення робочих зустрічей персоналу проекту;

– Контроль за програмною та фінансовою звітністю;

– Моніторинг якості надання послуг та здійснення внутрішнього моніторингу виконання проекту;

– Аналіз стану виконання робочого плану, індикаторів, бюджетних витрат;

– Підсумковий моніторинг для визначення ефективності діяльності проекту методом опитування клієнтів, шляхом збору зовнішніх відгуків про діяльність проекту.

Соціальний працівник

Необхідна кваліфікація:

- Вища освіта за фахом соціальної роботи, соціальної педагогіки, психології, інших дотичних дисциплін;
- Середня освіта, досвід роботи (в т.ч. волонтерської) у соціальній сфері, проходження спеціальних підготовчих курсів, тренінгів, стажування у соціальній сфері;
- Проходження спеціалізованих курсів, тренінгів і/або стажувань щодо роботи з особами з обмеженим функціональним статусом; наявність медичної книжки, що підтверджує відсутність соціально-небезпечних хвороб - для надання послуг з догляду на дому.

Необхідні знання:

- Особливості цільової групи, яким надаються послуги;
- Методи соціальної роботи, принципи консультування;
- Поінформованість з питань ВІЛ/СНІД, діагностики, ТБ, опортуністичних інфекцій, АРТ тощо
- Права клієнтів на соціальних захист (допомоги, пільги, обслуговування);
- Особливості догляду за особами з обмеженим функціональним статусом, санітарно-гігієнічні норми, правила трудової безпеки під час виконання обов'язків – для надання послуг з догляду на дому.

Необхідні навички:

- Ведення випадку, оцінка потреб, моніторинг та оцінка результатів роботи;
- Консультування, в т.ч. кризове консультування;
- Представництво інтересів клієнтів;
- Обслуговування хворих та людей похилого віку, надання першої медичної допомоги, реагування на екстрені ситуації – для надання послуг з догляду на дому.

Психолог

Необхідна кваліфікація:

- Вища освіта за фахом «психологія»

Необхідні знання:

- Особливості цільової групи, яким надаються послуги;
- Базова інформація з питань ВІЛ/СНІД, АРТ, ТБ тощо;
- Особливості процесу розкриття ВІЛ-позитивного статусу.

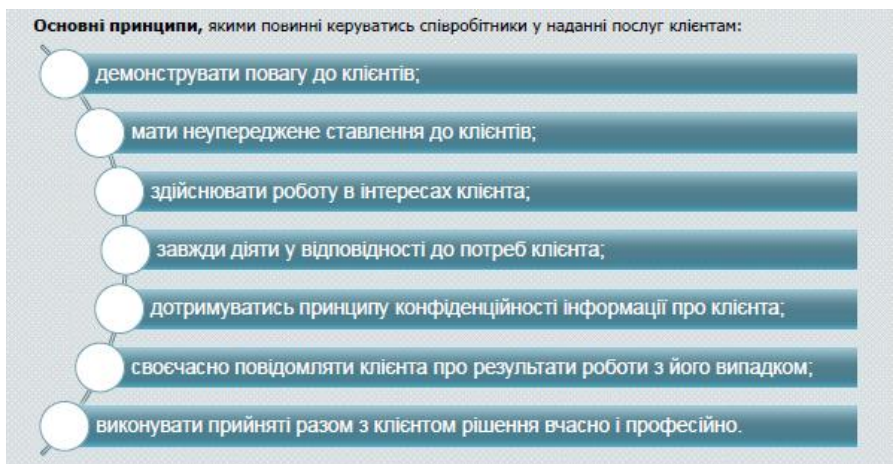


Рисунок 11.6 – основні принципи, якими повинні керуватись співробітники у наданні послуг клієнтам:

Організація має на постійній основі вживати заходів для покращення якості послуг та для підвищення кваліфікації співробітників, що надають послуги клієнтам.

– Проведення опитування перед прийняттям на роботу співробітників, під час якого оцінювати:

– обізнаність фахівців у ключових аспектах роботи із ВІЛ-позитивними людьми;

– навички проведення консультування;

– здатність комплексно аналізувати отриману інформацію;

– рівень володіння іншими знаннями та навичками необхідними для виконання посадових обов'язків.

– Проведення регулярного навчання співробітників силами організації

(не рідше ніж раз на 2-3 місяці):

– інформаційні заняття та міні-тренінги на теми життя з ВІЛ, профілактики ВІЛ, АРТ та формування прихильності до АРТ, державних соціальних гарантій та виплат, догляду на дому, наявності ресурсів і послуг для клієнтів у регіоні тощо;

– мотивація до самостійного ознайомлення співробітників із сучасною інформацією щодо життя з ВІЛ, лікування ВІЛ і ТБ тощо;

– Проведення регулярної атестації співробітників, під час якої оцінювати

(не рідше ніж раз на рік):

– рівень володіння інформацією щодо цілей проекту та напрямків діяльності організації;

– рівень володіння інформацією щодо своїх посадових обов'язків, мети роботи із клієнтом, індикаторів охоплення, тощо;

– рівень знань співробітника про життя з ВІЛ, профілактику ВІЛ, АРТ та формування прихильності до АРТ, державних соціальних гарантій та виплат, догляду на дому, наявності ресурсів і послуг для клієнтів у регіоні тощо;

– якість ведення програмної документації,

– якість консультування клієнтів;

– рівень задоволеності клієнтів послугами даного співробітника.

Результати атестації необхідно фіксувати в окремому документі та доносити до співробітників в індивідуальному порядку, із побажаннями щодо покращення якості роботи та встановлення термінів усунення можливих недоліків у роботі, покращення знань та навичок.

– Проведення регулярних заходів з профілактики ефекту вигорання серед працівників:

– Менеджерська, технічна й психологічна супервізія;

– Контроль за адекватним робочим навантаженням працівників;

– Командотворчі заходи.

демонструвати повагу до клієнтів;

мати неупереджене ставлення до клієнтів;

здійснювати роботу в інтересах клієнта;

завжди діяти у відповідності до потреб клієнта;

дотримуватись принципу конфіденційності інформації про клієнта;

–

своєчасно повідомляти клієнта про результати роботи з його випадком;

виконувати прийняті разом з клієнтом рішення вчасно і професійно. Наказом по організації має бути призначений співробітник, відповідальний за проведення внутрішнього моніторингу якості послуг. Дану функцію рекомендовано виконувати координатору проекту або координаторам напрямів.

Наказом по організації має бути призначений співробітник, відповідальний за проведення внутрішнього моніторингу якості послуг.

Дану функцію рекомендовано виконувати координатору проекту або координаторам напрямів.

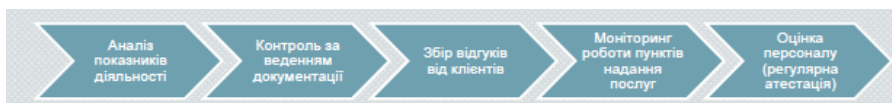


Рисунок 11.7 – компоненти моніторингу якості послуг

Аналіз показників діяльності

Внутрішній моніторинг і контроль за якістю послуг здійснюється на регулярній основі та передбачає аналіз наступних показників проектної діяльності:

- Кількість клієнтів, що приймають та готуються до прийому АРТ;
- Розподіл клієнтів по уразливим групам СІН, ЖКС, ЧСЧ;
- Кількість клієнтів, що отримали чотири та більше послуги за звітний період;
- Кількість клієнтів, що перебувають на амбулаторному етапі лікування ТБ, і пакет отриманих послуг;
- Кількість клієнтів з обмеженим функціональним статусом і пакет отриманих послуг;
- Кількість завершених кейсів з індивідуального представництва інтересів;
- Динаміка рівня прихильності до АРТ клієнтів проекту;
- Кількість і причини переривань АРТ, протитуберкульозного лікування, вагітності;
- Кількість клієнтів, які пройшли діагностику на ТБ після проведеного скринінгу на ТБ працівниками проекту тощо.

Контроль за веденням документації

Не рідше ніж 1 раз на 6 місяців необхідно здійснювати 100% верифікацію наявності всіх карток клієнтів, що отримували послуги протягом звітного періоду, а також систематична вибіркова перевірка якості ведення проектної документації на предмет:

- Заповнення карток клієнтів;
 - Наявності всіх обов'язкових вкладок;
 - Наявності актуальних контактних даних про клієнта в картці;
- Збір відгуків від клієнтів

Не рідше ніж 1 раз на 6 місяців необхідно проводити збір усних

або/та письмових відгуків від клієнтів щодо підтвердження фактів надання послуг клієнтам та рівень їх задоволеності послугами. Письмові відгуки передбачають здійснення анкетування клієнтів (зокрема, в пенітенціарних закладах). Збір усних відгуків – це спілкування з випадково відібраними клієнтами в очному або телефонному режимі, під час якого необхідно дізнатись наступне:

- Особа ідентифікує себе як клієнта організації;
- Клієнт знає ім'я свого соціального працівника та його контактний телефон;
- Клієнт підтверджує, що із ним було укладено угоду про надання послуг;
- Клієнт підтверджує отримання ним послуг, згідно щотижневих відомостей за останні 6 місяців;
- Клієнт володіє базовою інформацією щодо свого захворювання – рівень СД4 і ВН, схема АРТ і режим прийому ліків, шляхи передачі ВІЛ, позитивна профілактика тощо;
- Клієнт володіє навиками прихильності до медичних послуг - регулярні візити до лікаря, проходження діагностики на СД4 та ВН, своєчасність отримання АРТ тощо;
- Клієнт надає позитивний відгук про роботу організації та її персоналу.

Інформацію щодо проведеного опитування клієнтів необхідно фіксувати документально з зазначенням кодів опитаних клієнтів та отриманих висновків

Моніторинг роботи пунктів надання послуг

Особа, відповідальна за внутрішній моніторинг якості послуг, повинна здійснювати регулярні (не рідше ніж раз на 6 місяців) моніторингові візити на пункти надання послуг, які працюють в рамках проектної діяльності. Завдання – здійснення візуального аналізу на предмет наявності графіку надання послуг та інформаційних матеріалів, проведення зустрічей з працівниками, партнерами та клієнтами. Результати кожного візиту рекомендовано документально фіксувати у звіті й рекомендаціям щодо вдосконалення роботи.

ЛЕКЦІЯ № 12. ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ІЗ ОСОБАМИ ХВОРИМИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АТО антитерористична операція
- БЦЖ скор. від «бацила Кальметта-Герена» (фр. BCG), вакцина проти ТБ
- ВІЛ вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПО внутрішньо переміщена особа
- ГПР групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз
- ДКВС Державна кримінально-виконавча служба
- РКС робітники комерційного сексу
- ЗМІ засоби масової інформації
- ЗОЗ заклад охорони здоров'я
- ІПСШ інфекції, що передаються статевим шляхом
- КГ ключові групи
- КМУ Кабінет Міністрів України
- КТ комп'ютерна томографія
- ЛВН людина, що вживає ін'єкційні наркотики
- ЛГБТ акронім для позначення лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів
- ЛЖВ люди, що живуть з ВІЛ
- МВС Міністерство внутрішніх справ
- Мінсоцполітики Міністерство соціальної політики
- МіО моніторинг і оцінка
- МОЗ Міністерство охорони здоров'я
- МОН Міністерство освіти та науки
- МРТ магнітно-резонансна томографія
- МР ТБ мультирезистентний туберкульоз
- НУО неурядова організація
- ОДА обласна державна адміністрація
- ООН Організація Об'єднаних Націй
- ПТЗ протитуберкульозний заклад
- ПТУ професійно-технічне училище
- РР ТБ туберкульоз із розширеною лікарською стійкістю

ТБ туберкульоз
 ТГ трансгендер
 ТУ тематичне удосконалення
 ФАП фельдшерсько-акушерський пункт
 ХРТБ хіміорезистентний туберкульоз
 ЦГЗ Центр громадського здоров'я МОЗ України
 ЧСЧ чоловіки, які мають секс з чоловіками
 UNAIDS Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

Сьогодні проблема туберкульозу є справою загальнодержавного масштабу, у зв'язку з чим виникла необхідність впровадження комплексного підходу до формування та реалізації державної політики у сфері протидії ТБ75 з акцентом на групи підвищеного ризику. Першим кроком національного планування для ГПР є систематичне вивчення всіх можливих груп, визначення їхньої пріоритетності згідно з внеском у випадки ТБ, а також ризику та бар'єри доступу до ТБ-послуг, з якими вони стикаються76. Це дасть змогу розглянути наявні прогалини щодо можливостей і ресурсів системи охорони здоров'я країни, цілеспрямовано мобілізувати обмежені ресурси з метою профілактики та своєчасного виявлення хворих на ТБ і осіб, інфікованих міко-бактеріями ТБ, і забезпечити охоплення пріоритетних ГПР ТБ-послугами для запобігання поширенню цього захворювання.

Група ризику – термін, який використовується переважно в медицині і соціології і визначає групи населення, найуразливіші до певних соціальних чи медичних впливів або впливу навколишнього середовища. Термін «група ризику» або «ключова група» застосовується в законодавстві України стосовно ризику інфікування ВІЛ. Ключові групи щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, яким, з урахуванням особливостей їхньої поведінки та дій оточення, загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. За визначенням ВООЗ, до п'яти основних ключових груп щодо інфікування ВІЛ відносяться: чоловіки, що мають секс з чоловіками; люди, що вживають ін'єкційні наркотики; особи, які знаходяться в пенітенціарних й інших закритих установах; секс-працівники; трансгендери. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій ВООЗ.

У нормативно-правовій базі, яка регламентує надання фтизіатричної допомоги в Україні, використовується термін «групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз» (ГПР). Ці ключові групи населення мають визначатися за ступенем ризику захворювання на ТБ і типом уразливості (відповідно до міжнародних рекомендацій щодо програми ТБ 2007 – 2011 р.)⁷⁸. Наказом МОЗ України від 15.05.2014 № 327 «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу»⁷⁹ затверджений Перелік груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, до яких відносяться:

1. ВІЛ-інфіковані особи.
2. Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти).
3. Особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету.
4. Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.
5. Мігранти та біженці з регіонів з високим рівнем захворюваності на туберкульоз.
6. Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні.
7. Особи без визначеного місця проживання.
8. Пацієнти психіатричних закладів.
9. Затримані та заарештовані особи при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнились з установ пенітенціарної системи, а також особи, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні.

Працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

Востаннє формування переліку груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз в Україні було здійснене у 2014 р. Однак протягом останніх років в країні відбулися зміни, які ведуть до загострення ситуації із захворюванням на ТБ; основними чинниками чого є соціально-економічна криза, зниження життєвого рівня населення разом зі значним підвищенням інтенсивної міграції великих груп населення (внутрішньо переміщені особи, сезонні заробітчани), які практично випадають з поля зору лікувально-профілактичних закладів і не охоплені протитуберкульозними заходами. Всі ці процеси, а також наведе-

ні вище дані про те, що щороку в країні не виявляється п'ята частка випадків захворювання на ТБ, свідчать про те, що перелік груп підвищеного ризику потребує оновлення відповідно до актуальних регіональних особливостей⁸⁰, поточної економічної та політичної ситуації в країні.

Фінальний перелік груп населення з потенційно підвищеним ризиком захворювання на ТБ для визначення їхнього внеску у нові випадки ТБ та подальшої пріоритизації був сформований згідно з рекомендаціями експертів, враховуючи всі означені фактори, і включав наступні групи населення:

- Люди, що живуть з ВІЛ.
- Люди з силікозом.
- Мігранти, біженці, внутрішньо переміщені особи.
- Ув'язнені та затримані.
- Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.
- Люди з алкогольною залежністю.
- Курці, які викурюють більше 40 цигарок на день.
- Національні меншини (ромське населення).
- Бездомні.
- Особи з розладами психіки.
- Малозабезпечені жителі міст.
- Малозабезпечені жителі сіл.
- Особи, хворі на діабет.
- Діти.
- Літні люди (старші 60 років).
- Особи, які мають професійні контакти з хворими на ТБ (працівники установ усіх форм власності та підпорядкування, соціальної сфери, які мають часті контакти з хворими на ТБ, проводять відповідні дослідження та аналізи).
 - Медичні працівники (не ТБ-профілю).
 - Особи, які мають родинні контакти з хворими на ТБ.
 - Учасники АТО.
 - Шахтарі.
 - Робітники комерційного сексу.
 - ЛГБТ-спільнота.
 - Працівники в'язниць.
 - Працівники таборів для біженців.
 - Громадські медико-санітарні працівники/аутріч-працівники.

- Відвідувачі лікарень.
- Відвідувачі в'язниць.
- Члени громад, які проживають поблизу в'язниць.
- Члени громад, які проживають поблизу шахт.
- Клієнти секс-працівників.
- Члени родин людей, що вживають наркотики.
- Члени родин шахтарів.
- Люди, що піддаються ризику захворювання на зоонозний ТБ.

У цьому переліку ряд груп містився у інструменті «Визначення пріоритетів ключових груп населення на національному рівні», ряд у 2014 р. було віднесено до ГПР згідно з Наказом МОЗ № 327, а повний перелік був фіналізований і погоджений групою експертів та стейкхолдерів за результатами проведеного дослідження.

В основу технології соціальної роботи із особами хворими на туберкульоз покладено стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркоїчних речовин). Розглянемо технологію покровоко.

1.1. Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин) (далі -Стандарт) - це комплекс соціальних норм і нормативів, на базі яких визначаються рівні основних соціальних гарантій щодо надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин) (далі - хворі з потрійним діагнозом).

Соціальні норми і нормативи надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом - сукупність показників обов'язкового забезпечення потреб хворих з потрійним діагнозом в соціальних послугах.

Стандарт застосовується з метою реалізації прав хворих з потрійним діагнозом на забезпечення потреб в отриманні соціальних послуг.

1.2. У Стандарті терміни вживаються у значеннях, наведених у Законах України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (2586-14), «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1972-12), «Про соціальні послуги» (966-15), «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2558-14), «Про соціальні стандарти та соціальні гарантії» (2017-14). «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки

ВІЛ-інфікованих і хворих на СПІД на 2009-2013 роки» (1026-17).

1.3. Цільові групи, на які поширюється дія цього Стандарту (далі - отримувачі послуг):

- хворі з потрійним діагнозом;
- найближче оточення хворих з потрійним діагнозом (члени родини: батьки, дружина, чоловік, діти, брати та сестри, співмешканці).

1.4. Дотримання норм цього Стандарту є обов'язковим для суб'єктів надання соціальних послуг.

1.5. Однією з основних вимог до потенційного суб'єкта надання послуг є спроможність налагодити співпрацю із лікувально-профілактичними закладами та іншими закладами/установами/організаціями з метою залучення необхідних фахівців відповідно до потреб отримувача послуг.

У процесі надання послуг, визначених у Стандарті, з метою забезпечення якості послуг не нижче рівня, визначеного Стандартом, організації, заклади/ установи, що надають відповідні послуги, можуть надавати їх спільно на підставі угод про співробітництво.

II. Види та зміст соціальних послуг

2.1. Перелік видів послуг хворим з потрійним діагнозом визначається відповідно до статті 5 Закону України «Про соціальні послуги» (966-15).

2.2. Соціально-медичні послуги передбачають формування та підтримку прихильності у хворих з потрійним діагнозом до: антиретровірусної терапії; вживання протитуберкульозних препаратів, проходження повного курсу лікування; своєчасного та регулярного відвідування закладів охорони здоров'я для здійснення диспансерного спостереження.

Соціально-медичні послуги надаються медичними працівниками та фахівцями із соціальної роботи/соціальними працівниками.

2.3. Психологічні послуги передбачають:

- оцінку психологічного стану отримувача послуг та складання разом з ним індивідуальної програми психосоціальної реабілітації;
- індивідуальні та групові психологічні консультації хворих і потрійним діагнозом;
- проведення психологічного консультування найближчого оточення отримувачів послуг;
- перенаправлення до інших державних закладів та установ і

громадських організацій з метою отримання ширшого спектру послуг відповідно до потреб отримувача.

Психологічні послуги надаються психологами.

2.4. Соціально-економічні послуги передбачають:

- виявлення матеріальних потреб отримувача послуг, складання та координацію виконання індивідуального плану, залучення фахівців до надання послуг для задоволення виявлених потреб;

- пошук додаткових ресурсів для покращення якості життя отримувачів послуг;

- допомогу в забезпеченні або отриманні матеріальних виплат отримувачам послуг, які мають на це право.

Соціально-економічні послуги надаються фахівцями із соціальної роботи/ соціальними працівниками.

2.5. Інформаційні послуги передбачають:

- надання необхідної інформації отримувачам послуг щодо ВІЛ.

- профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та усклад-

- нень внаслідок уживання наркотичних речовин;

- надання інформації про державні заклади/установи та громадські організації, що налягають необхідні отримувачу послуги;

- розміщення інформаційно-освітніх матеріалів у місцях можливого перебування отримувачів послуг;

- надання отримувачам послуг друкованої інформації стосовно суб'єктів надання соціальних послуг із зазначенням їх місцезнаходження, контактних телефонів, переліку послуг тощо.

Інформація повинна надаватися відповідно до потреб отримувача послуг, у повному обсязі, своєчасно та у зрозумілій для отримувача послуг формі.

Інформаційні послуга надаються багаторазово фахівцем із соціальної роботи/соціальним працівником, соціальним робітником (у випадку розповсюдження друкованих інформаційних матеріалів), психологом, медичним працівником.

III. Умови та порядок надання соціальних послуг

3.1. Кадрове забезпечення

У процесі надання соціальних послуг отримувачам послуг застосовується мультидисциплінарний підхід, при якому фахівці з різних галузей працюють скоординовано у наданні соціальних послуг,

забезпечуючи таким чином комплексність допомоги. Суб'єктом надання соціальних послуг створюється мультидисциплінарна команда. Кількісний склад цієї команди визначається відповідно до потреб отримувачів послуг.

До мультидисциплінарної команди можуть бути залучені:

- лікар-нарколог (або інший лікар, який пройшов спеціальну підготовку);
- лікар-інфекціоніст, який володіє навиками організації медичної допомоги та динамічного спостереження за ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД;
- лікар-фтизіатр, який обізнаний з особливостями перебігів туберкульозного процесу у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- середній медичний персонал;
- фахівець із соціальної роботи/соціальний працівник та психолог.

До складу такої команди, якщо отримувачі послуг потребують інших послуг, можуть залучатися й інші фахівці, які пройшли спеціальну підготовку з надання послуг даній категорії отримувачів послуг.

З метою забезпечення якісної роботи та раціонального використання ресурсів суб'єктом, що надає соціальні послуги, залучаються волонтери, в тому числі із представників цільових груп.

3.2. Етапи надання послуг

Початок надання послуг

Надання послуг проводиться за добровільною згодою отримувачів послуг шляхом направлення їх з будь-яких закладів в/установ чи організацій чи особистого звернення до суб'єктів надання соціальних послуг. На першій зустрічі з отримувачем послуг суб'єкт надання послуг інформує отримувача про послуги, які надаються відповідно до цього Стандарту. Інформація про такі послуги в обов'язковому порядку включає: перелік основних послуг, що надаються суб'єктом; зміст послуг; строки їх надання; права та обов'язки суб'єкта надання соціальних послуг та їх отримувача.

З метою планування надання послуг фахівець із соціальної роботи/соціальний працівник під час першого звернення здійснює первинне оцінювання потреб отримувача. Строк проведення оцінювання становить не більше одного тижня. Здійснення оцінювання та визначення потреб отримувача послуг проводить фахівець із соціальної ро-

боти/соціальний працівник.

Суб'єкт надання послуг розробляє форму первинного оцінювання, до якої заносяться необхідні дані за умови згоди отримувача послуг щодо їх надання.

Результати первинного оцінювання використовуються при складанні індивідуального плану соціального супроводу.

3.2.2. Безпосереднє надання послуг

Послуги надаються стаціонарно або денно у стаціонарах та амбулаторіях в спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Рішення щодо перебування у стаціонарі приймається фахівцем в кожному випадку індивідуально з урахуванням стану отримувача послуг.

На основі оцінювання з метою забезпечення надання якісних соціальних послуг фахівцем із соціальної роботи/соціальним працівником (із залученням мультидисциплінарної команди) спільно з отримувачем послуг протягом одного тижня складається індивідуальний план соціального супроводу, який викладається у зрозумілій для отримувача формі, узгоджується та підписується отримувачем та фахівцем із соціальної роботи соціальним працівником.

Індивідуальний план супроводу переглядається не рідше одного разу на місяць. До індивідуального плану вносяться зміни, що відображають нагальні потреби особи, яка отримує послуги.

Індивідуальний план супроводу складається у двох примірниках: один примірник видається отримувачу (особі) послуг, інший - зберігається у суб'єкта надання соціальних послуг.

За виконання індивідуального плану супроводу та координацію роботи мультидисциплінарної команди відповідає фахівець із соціальної роботи/соціальний працівник.

3.2.3. Завершення процесу надання соціальних послуг та визначення результатів

Критеріями завершення надання соціальної послуги є:

- відмова отримувача від послуг та згодою фахівців щодо можливості припинення надання послуг;
- настання строку, визначеного в індивідуальному плані супроводу;
- зняття з диспансерного обліку хворого на туберкульоз в зв'язку з настанням одужання;
- смерть отримувача послуг.

Оцінка результатів відбувається з урахуванням таких критеріїв якості надання соціальних послуг:

- ступінь залучення отримувача до активного життя;
- ступінь покращення емоційного, психологічного та фізичного стану;
- рівень задоволеності отримувачів послуг (періодичний зріз);
 - виконання завдань індивідуального плану супроводу.

ЛЕКЦІЯ № 13. СПЕЦИФІКА ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ІЗ ЗАСУДЖЕНИМИ У СИСТЕМІ ПЕНІТЕНЦІАРНИХ ЗАКЛАДІВ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВК – виправна колонія;

Держдепартамент – Державний департамент України з питань виконання покарань;

КВІ – кримінально-виконавчої інспекції;

КВК – Кримінально-виконавчий кодекс України;

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія;

МТПЛ – Міжнародне товариство прав людини;

НДО – недержавна організація;

СВВПР – соціально-виховної та психологічної роботи (відділення);

СІЗО – слідчий ізолятор;

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків;

УВП – установа виконання покарань;

УПЦ – Українська православна церква.

Проблема соціальної адаптації колишніх ув'язнених була і залишається гострою й актуальною. Адже від того, наскільки вдало відбуватиметься процес пристосування колишнього в'язня до нових соціальних умов, наскільки швидко він засвоюватиме нові цінності, норми, правила поведінки життя в соціумі, залежить не лише його подальша доля, але й доля інших індивідів, у більш широкому соціальному вимірі – соціальна безпека.

З'ясовано і визначено, що вказані особи як соціальна група представляють собою маргіналізовану спільноту, що має чітко виражені проблеми із реадаптацією та ресоціалізацією. Ці проблеми зумовлені інституційно-правовими архаїзмами радянської кримінально-виконавчої системи в Україні, зокрема широким застосуванням дискримінаційних стигматизацій щодо звільнених з установ виконання покарань з боку державних наглядових органів, а також загальною недовірою (соціальною відчуженістю) різних громадських організацій та пересічних громадян у ставленні до колишніх ув'язнених. Дис-

кримінаційні стигматизації є сукупністю соціально-нормативних пережитків, що припускають ухилення службових осіб від визначених законами стандартів гарантування особистої безпеки та адаптації ув'язнених за рахунок спрощено-стереотипного ставлення до людей, що скоїли злочин, як до “втрачених” і “ненормальних”. Постановка такого “соціального діагнозу” в поєднанні із проявами упередженості відповідних суб'єктів супроводжує фонові переживання ув'язненими занедбаності, зайвості, полишеності, і, відповідно, непрямим чином провакує повернення на злочинний шлях та збої в процесах реадaptaції та ресоціалізації (асоціальний спосіб життя, бродяжництво і безпритульність, злочинні рецидиви тощо). Водночас дискримінаційні стигматизації виправдовують (легітимують) часткову бездіяльність самих посадових осіб і прояви ксенофобії з боку громадських організацій та окремих осіб.

Визначено, що технології наскрізної соціальної адаптації чоловіків, які звільняються з місць позбавлення волі, є сукупністю методів, засобів, прийомів, способів організації сприяння засудженим у створенні передумов для успішної адаптації на етапі відбування покарання, а також безпосереднього сприяння соціальної адаптації після звільнення з установ виконання покарань. Технології соціальної адаптації переважно втілюють провідні організації – такі, котрі згідно чинного законодавства, внутрішніх документів (статуту, інструкцій тощо) працюють із засудженими і можуть надати конкретному звільненому максимально широкий спектр і обсяг допомоги. У структурно-функціональному вимірі технологічний алгоритм соціально-адаптаційної роботи зі звільненими особами, включає: збір та аналіз повної інформації про засудженого, який має звільнитися (вивчення його характеристик, особової справи, медичної картки тощо); знайомство з сім'єю, оточенням особи, яка звільняється; бесіда-знайомство з особою (з'ясування індивідуально-психологічних особливостей, мотивації подальшої поведінки, характеру стосунків з батьками, міркувань щодо освіти, майбутньої роботи тощо); розробку індивідуальних діагностичних карт; складання індивідуальної програми реабілітації для успішної адаптації до життя в суспільстві, підбір методів втручання (засобів впливу на свідомість, почуття, волю); складання плану соціального супроводу; розробка та проведення тренінгів з питань цінностей, досвіду та стимулювання розвитку позитивних рис характеру,

подолання особистих комплексів.

Розроблені й апробовані Проскурою В.В. технології підготовки засуджених до життя в суспільстві за результатами спостережень і тестувань дали позитивні результати. На груповому рівні знизилися показники конфліктності, агресивності, групового тиску; на індивідуальному – дещо зросла емпатійність, відкритість, комунікабельність, самооцінка, рефлексивність, здатність приймати просоціальні рішення тощо. Крім того, покращилися та змінилися в бік адекватності знання правового характеру щодо прав і обов'язків, їхнього працевлаштування, медичного обслуговування, соціального забезпечення тощо. Зросла обізнаність засуджених із питань здорового способу життя, попередження таких хвороб, як ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркоманія, алкоголізм, захворювань, що передаються статевим шляхом тощо. Про ефективність втіленої моделі може свідчити той факт, що частина засуджених, які після звільнення поїхали в інші населені пункти різних областей України підтримують контакт із фахівцями, задіяними в реалізації технології. Зокрема, ці звільнені розповідають про свої здобутки і проблеми, просять консультацій чи порад, висловлюють вдячність. Є звернення і після випуску “Юридично-інформаційного довідника для осіб, які звільняються від відбування покарання з кримінально-виконавчих установ”, наприклад, у зв'язку з проханням пояснити, як діяти в конкретних випадках.

Результати проведеного дослідження можуть бути використані безпосередньо при роботі з чоловіками, які звільняються з місць позбавлення волі; для покращення законодавчої бази щодо співпраці та внутрішній роботі установ, організацій, що втілюють заходи соціального патронажу.

У рамках технологій підготовки засуджених до життя у суспільстві та технологій поступової адаптації чоловіків робота може здійснюватися у наступних основних напрямках:

– правовий (надання правових консультацій щодо механізмів застосування чинного законодавства, конкретних питань побутового влаштування, допомога у оформленні та відновленні втрачених документів тощо);

– психологічний (проведення індивідуальних бесід, тренінгів, консультацій психолога, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості з

метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації тощо);

- соціальний (побудова позитивних моделей вирішення соціальних проблем після звільнення, сприяння підтриманню та відновленню соціально корисних зв'язків, здійснення соціально-психологічного консультування з проблем міжособистісних стосунків звільнених з сім'єю та іншими представниками соціального оточення, громадою; проведення соціально-психологічної підготовки членів сім'ї засудженого, формування позитивно спрямованого соціального оточення);

- матеріально-економічний (надання не грошової допомоги, забезпечення житлом тощо);

- професійний (можливість одержати спеціальність та підвищити рівень кваліфікації, повідомлення районного центру зайнятості та його допомога);

- освітній (можливість підвищувати свій освітній рівень);

- медичний (передбачає збереження здоров'я шляхом певних профілактичних заходів, розв'язання проблем, пов'язаних із фізичним здоров'ям, що потребують медикаментозного втручання);

- фізкультурно-оздоровчий (можливість займатися фізкультурою і спортом). Робота в цих напрямках може втілюватися як в індивідуальній, так і груповій формах.

Важливим інструментом інтеграції засуджених є технологія підготовки засуджених до життя у суспільстві, втілення котрої повинно починатися не пізніше, ніж за 6 місяців до звільнення, а ще краще – з початку прибуття в УВП. Зокрема питання, пов'язані із фізичним здоров'ям, що потребують медикаментозного втручання, відновлення родинних зв'язків, здобуття освіти та професійної кваліфікації та ін. мають розв'язуватися з перших днів потрапляння у конкретний пенітенціарний заклад. Важливим є створення ширшого кола альтернатив для засуджених, наприклад, у здобутті тієї освіти, яка їм до вподоби.

У процесі роботи із особами, які повертаються з місць позбавлення волі, найкращим нам видається поєднання різних форм та методів роботи. Зокрема, при підготовці людини до звільнення варто починати з індивідуальної, а потім, замотивувавши людину на участь в групі, долучати її також до групової роботи. Індивідуальна робота повинна проводитися паралельно із груповою.

1. Індивідуальна робота включає наступні заходи:

- проведення бесіди. У ході цієї бесіди з засудженими проводиться збір та аналіз інформації про особу, яка має звільнитися. Це

зокрема вивчення характеристик засудженого, особової справи, медичної картки, з'ясування індивідуальних особливостей, мотивації подальшої поведінки, характеру стосунків з сім'єю, плани щодо освіти, майбутньої роботи тощо;

– складання індивідуальної програми роботи/соціального супроводу. Така програма може також називатися планом професійного втручання, планом догляду, програмою реабілітації. На основі визначених разом із засудженим проблем, формуються цілі професійного втручання, які можуть бути фрагментарними, або системними. Може проводитися психодіагностика та визначення психологічних характеристик клієнта. Після цього окреслюються завдання втручання, які включають у себе обсяг майбутньої роботи, а також способи їх реалізації з врахуванням наявних ресурсів. За потреби і можливості залучаються інші служби та фахівці (наприклад, юрист, лікар тощо). Проводиться підбір методів втручання (засобів впливу на свідомість, почуття, волю);

– надання допомоги (професійне втручання). Прикладами конкретних результатів індивідуальної роботи можуть бути відновлення документів, налагодження стосунків із родичами, психологічна готовність до звільнення;

– оцінка проведеної індивідуальної роботи та результативності вирішення поставлених завдань. Вона переважно відбувається в кінці роботи (найчастіше на час звільнення), а також може носити проміжний характер;

– скерування засудженого до певної установи, що здійснює соціальний патронаж звільнених осіб.

2. Групова робота полягає у проведенні тренінгів, спрямованих на надання засудженим знань та формування навичок, необхідних для життя у соціумі. Також ця форма роботи може відбуватися у вигляді груп самодопомоги.

Запропоновані нами технології підготовки засуджених до життя у суспільстві, що включають інформаційно-консультативну та психокорекційну роботу із чоловіками, які готуються до звільнення з виправних колоній, були апробовані з трьома групами засуджених у двох виправних колоніях середнього рівня безпеки, котрі розташовані в м. Львові. Участь була добровільна, тому важливо було мотивувати потенційних учасників. Висловлені побажання та очікування засуджених, які співвідносилися з поставленою нами метою, враховувалися

при проведенні тренінгових занять. Найбільший інтерес на етапі формування мотивації засуджені виявляли до інформації правового характеру.

Тренінг складається з трьох основних блоків. При потребі з блоку правової підготовки можна виділити четвертий блок – працевлаштування.

1. Блок психологічної підготовки, загальні завдання якого:

– дослідити психологічні проблеми членів групи та надати їм допомогу у вирішенні цих проблем;

– змінити неадаптивні стереотипи поведінки;

– надати знання про закономірності міжособистісних та групових процесів як підґрунтя для більш ефективного та гармонійного спілкування з людьми, зняття “образу ворога”, попередження та конструктивне вирішення конфліктів;

– сприяти процесу особистісного росту, реалізації людського потенціалу;

– сформувати готовність засуджених до прийняття власних рішень, допомога у формуванні позитивних життєвих цілей.

2. Блок правової підготовки, загальні завдання якого:

– оволодіти основами законодавства України з питань звільнення від відбування покарання, забезпечення власних прав, обов’язків та інтересів (включаючи правові наслідки судимості, погашення та зняття судимості);

– надати засудженим базові знання щодо завдань та функцій державних установ та громадських організацій з питань отримання допомоги у вирішенні соціально-побутових та інших проблем;

– надати можливість опанувати практичними навичками та вміннями вироблення власних програм життєдіяльності на волі, в т. ч. працевлаштування;

– надати засудженим інформацію про шляхи пошуку роботи;

– сформувати навички презентації при проведенні співбесіди тощо.

3. Блок формування орієнтації на здоровий спосіб життя, загальні завдання якого:

– донести до засуджених базові знання про здоров’я та здоровий спосіб життя;

– інформувати про негативний вплив на людину наркотиків, алкоголю та інших uzалежнень у різних аспектах життя;

– ознайомити з симптомами та наслідками туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатиту, захворювань, що передаються статевим шляхом та ін.;

– навчити шляхам збереження здоров'я та безпечної поведінки.

Проведення курсу передбачає вирішення попередніх організаційних питань: відбір учасників групи, складання розкладу занять. Заняття проводяться на базі кімнати психоемоційного розвантаження засуджених у вільний від роботи (навчання) час в залежності від побажань учасників та поєднання їх з правилами внутрішнього розпорядку установи виконання покарань. Рекомендована частота занять – двічі на тиждень, тривалість кожного заняття – по 2-3 години.

Заняття проводяться двома фахівцями відповідної тематики. Для проведення занять залучаються фахівці соціально-виховної та психологічної служби виправних колоній, а також фахівці інших служб та організацій, що мають навички в проведенні передбачених курсом занять. Зміст курсу може змінюватися та доповнюватися на розсуд фахівців з врахуванням потреб конкретної групи засуджених.

При формуванні груп для проведення занять в рамках курсу, слід обмежити їх невеликий кількісний склад (7-15 осіб). Групи формуються на основі визначених у ході індивідуальної роботи потреб. Зокрема, при створенні груп враховується вік, наявність наркотичної залежності тощо. У групу можуть входити як засуджені одного, так і різних відділень.

Ми вважали за доцільне розпочинати тренінгову роботу із засудженими через реалізацію психологічного блоку, оскільки це давало можливість створення передумов для корекції поведінки учасників програми та формування їхньої готовності до адекватного сприйняття матеріалів правового та медичного блоків. Наповненість та послідовність тренінгових занять можна змінювати залежно від конкретної ситуації. На заняттях використовуються інтерактивні методи подання інформації, дискусії, тести індивідуальні вправи та ін.

Треба зазначити, що особи, які потрапляють під звільнення у зв'язку із амністією або помилуванням можуть не встигнути пройти тренінг через брак часу. Тому, як додаткову форму подачі інформації засудженим ми використовували спеціально підготовлені Юридично-інформаційні довідники для осіб, які звільняються від відбування покарання з кримінально-виконавчих установ (кишенькового формату А6) з інформацією правового характеру та відомостями щодо установ

та організацій, в котрі можна звернутися, спектр їх послуг, а також тематичні інформаційні листівки.

Важливо визначити, чи є у клієнта сім'я, інші родичі, друзі та решта осіб поза УВП з позитивною соціальною спрямованістю, з якими збережено зв'язки. Ще одним напрямком роботи із підготовки осіб до звільнення з кримінально-виконавчих установ, є вирішення нагальних потреб засуджених та залучення до вирішення цих проблем інших установ та організацій. Зокрема за місцем майбутнього проживання засудженого надсилаються повідомлення у центр зайнятості державної служби зайнятості, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (для осіб віком до 28 років), органи внутрішніх справ тощо. На момент виходу з УВП засуджені мають отримати гроші на дорогу та одяг за сезоном, котрі їм має надати виправна установа. Також до надання такої допомоги часто залучаються недержавні та релігійні організації.

Наступною групою соціальних технологій є технології поступової адаптації чоловіків. Ці технології запроваджуються за місцем проживання/тимчасового перебування після звільнення.

Мета цих технологій – допомогти засудженому активно пристосуватися до норм та цінностей суспільства, опанувати соціально схвальні ролі, інтегруватися у суспільство, для чого треба створити необхідні передумови (відновлення документів, оформлення реєстрації, сприяння у пошуку роботи, надання правових та психологічних консультацій, допомога у налагодженні стосунків з соціальним оточенням, скерування на діагностику та лікування тощо).

Для ефективного надання допомоги та забезпечення перебігу адаптації у правовому полі перш за все потрібно чітко визначити установи, котрі зможуть надати якомога ширший обсяг потрібної допомоги конкретному звільненому. Тому, на нашу думку, для систематизації роботи потрібно розділяти звільнених осіб за певними критеріями. Так, важливим критерієм розподілу має стати можливість звернення до “провідної організації”, котра працює з вказаною категорією осіб (табл. 13.1).

Таблиця 13.1

Організації, що забезпечують соціальну адаптацію колишніх ув'язнених

Вікова група	18–28 років	29–59 років	60 років і старші
Провідна організація (звернення за бажанням)	центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	центри соціальної адаптації	центри соціальної адаптації або будинки-інтернати
Організації, що допомагають бездомним	будинки нічного або тимчасового перебування звільнених осіб кризові центри, місцеві органи виконавчої влади, притулки, центри соціальної адаптації (у порядку виключення), громадські та релігійні організації, які працюють із бездомними	будинки нічного або тимчасового перебування звільнених осіб, кризові центри, притулки, місцеві органи виконавчої влади, громадські та релігійні організації, які працюють із бездомними	
Організації, що допомагають нарко- та алкозалежним	органи охорони здоров'я, громадські та релігійні організації, які працюють із наркозалежними		
Організації, що допомагають особам, які живуть з ВІЛ/СНІД	органи охорони здоров'я, громадські та релігійні організації, які працюють із особами, які живуть з ВІЛ/СНІД		
Організації, що допомагають хворим на туберкульоз	органи охорони здоров'я, місцеві органи виконавчої влади		
Організації, що допомагають інвалідам	будинки-інтернати, органи охорони здоров'я, громадські та релігійні організації, які пра-		

Вікова група	18–28 років	29–59 років	60 років і старші
I та II груп	цюють із неповносправними		
Інші організації	органи місцевого самоврядування, спостережні комісії, органи соціального захисту населення, центри зайнятості населення, громадські та релігійні організації		
Організації, що здійснюють обов'язковий контроль	органи внутрішніх справ (дільничні інспектори міліції) працюють із особами, щодо яких за рішенням суду встановлено адміністративний нагляд; кримінально-виконавча інспекція здійснює контроль за поведінкою осіб, звільнених умовно-достроково		

Під провідною організацією ми розуміємо таку, котра згідно чинного законодавства, внутрішніх документів (статуту, інструкцій тощо) працює із чоловіками, які звільняються і може надати їм максимально широкий спектр і обсяг допомоги. Зважаючи на те, що особи різного віку мають різні провідні організації, ми визначили їх вік за основний, первинний критерій. За цим критерієм ми виділили три групи:

- повнолітні до 28 років,
- особи віком 28–60 років,
- особи старші 60 років.

Якщо клієнт провідної організації потребує послуг чи допомоги, що не надається даною установою, то завдяки співпраці з іншими установами та організаціями, котрі надають вищевказані послуги, клієнти останньої їх отримують або змінюють провідну організацію. У всі ці організації засуджені можуть звернутися за власним бажанням. В якості провідних організацій, за вибором звільнених, можуть бути недержавні (включаючи релігійні) організації, котрі працюють у пенітенціарній та постпенітенціарній сферах.

Наприклад, засуджених любого віку, які мають інвалідність I та II груп скеровують до будинків-інтернатів. Особи, які мають підстави для отримання інвалідності скеровуються провідними установами до органів охорони здоров'я на медико-соціальні експертні комісії (МСЕК).

Важливо щоб організації, що здійснюють контроль поведінки колишніх ув'язнених не обмежувалися контролюючими функціями, а також сприяли соціальній адаптації вказаних осіб.

Перебування в провідній організації може бути на стаціонарній основі, або клієнт може туди приходити з певною періодичністю. Допомога, котра надається чоловікам, звільненим з місць позбавлення волі, може мати короткотривалий (епізодичний), або тривалий (тоді вона набуває форми опіки) характер, матеріальною (фінансова допомога, видача одягу) або нематеріальною (соціально-психологічна робота, допомога у пошуках роботи, житла). Допомога надається за результатами інтерв'ю, спостереження за місцем проживання звільненого, а також після оформлення необхідних документів.

Для проведення ефективної соціально-адаптаційної роботи, на нашу думку, осіб, які звільняються з місць позбавлення волі, доцільно розбивати на групи (напр., наркозалежні, бездомні, хворі на ВІЛ/СНІД, неповносправні тощо), виходячи із специфічних потреб представників кожної з них. Зважаючи на особливості, робота з кожною з таких груп може бути описана як окрема технологія.

Наприклад, технології соціальної адаптації наркозалежних, які звільняються з місць позбавлення волі, повинні включати окрім програм, спрямованих на позбавлення залежності, ще і програми, які мають за основну мету зменшення негативних соціальних наслідків вживання наркотиків.

У часовому вимірі технологічний алгоритм соціально-адаптаційної роботи з чоловіками, які звільняються з місць позбавлення волі, включає п'ять етапів (рис. 13.2).

1. Етап скерування особи в провідну організацію переважно відбувається ще під час перебування засудженого у місцях позбавлення волі за 3-6 місяців до звільнення. З метою ефективного надання якомога ширшого обсягу потрібної допомоги конкретному звільненому надається інформація про відповідні організації в місцевості його потенційного проживання. На цьому ж етапі встановлюється очний або через листування контакт засудженого із працівниками відповідної організації.

2. На етапі попереднього оцінювання відбувається співбесіда, завданням котрої є виявлення та аналіз проблем і потреб клієнта. Складається індивідуальна програма соціально-психологічної роботи (якщо вона не була складена на попередньому етапі в УВП). Цілі та

завдання професійного втручання формуються на основі визначених разом із клієнтом проблем. Зазначається обсяг майбутньої роботи, а також способи її реалізації з врахуванням наявних ресурсів. Паралельно з соціальним працівником залучається психолог, який проводить психодіагностику та визначає психологічну характеристику клієнта. У результаті співбесіди зазвичай укладається письмова або усна угода (контракт, договір) між клієнтом та організацією щодо взаємодії.



Рисунок 13.2 – Етапи і функціональний зміст технології поступатенційної адаптації чоловіків

3. Етап надання першочергової (первинної) допомоги та професійного втручання. На основі визначених на попередньому етапі проблем клієнта, задовольняються його базові потреби. Допомога полягає, перш за все, у наданні негрошової матеріальної допомоги (одяг, взуття, їжа), наданні місця тимчасового проживання, медичної, психологічної, грошової допомоги тощо.

За потреби, першочергова допомога надається одночасно із проведенням попереднього етапу оцінювання. Можуть залучатися інші служби.

У подальшому працівники організації спільно з клієнтом вирішують визначені на етапі оцінювання проблеми, котрі заважають ус-

пiшнiй соцiальнiй адаптацiї. На цьому етапi зазвичай iз клiєнтом працює команда, яка, залежно вiд його потреб, може складатися з соцiального працювника, психолога, лiкаря, медсестри, юриста тощо. Вiдповiдно клiєнт отримує юридичний та психологiчний супровiд, медичну допомогу, допомогу у працевлаштуваннi, вiдновленнi документiв, отриманнi реєстрацiї, допомогу у налагодженнi стосункiв з соцiальним оточенням тощо. Для клiєнтiв пенсiйного вiку вирiшуються питання з отриманням пенсiї. При цьому соцiальний працювник повинен взаємодiяти з рядом спiвпрацiвникiв та суспiльних формувань (наприклад, iншi соцiальнi iнституцiї, роботодавцi i т. д.). Соцiальний працювник не вирiшує питання за клiєнта, а перш за все органiзовує для клiєнта соцiальну допомiжну систему, наснажуючи його та формуючи в нього впевненiсть у власних силах. З перiодичнiстю, яка узгоджена мiж соцiальним працювником та клiєнтом, вони зустрiчаються, i перший зазначає динамiку у особовiй картцi колишнього ув'язненого.

З клiєнтами на цьому етапi може проводитися i групова робота у виглядi тренiнгiв соцiальних вмiнь та груп самодопомоги.

4. Етап соцiальної адаптацiї може проходити паралельно з попереднiм. На ньому вiдбувається залучення до системи суспiльних вiдносин, засвоєння соцiально схвалених ролей, становлення i розвиток як цiлiсної особистостi на основi засвоєння елементiв культури i соцiальних цiнностей, пристосування до групових норм. Процес соцiальної адаптацiї базується на виробленiй пiд час попереднiх етапiв готовностi до засвоєння суспiльних норм, усвiдомлення очiкувань оточення, подолання бар'єрiв, що стояли на перешкодi успiшного проходження цього процесу.

5. Етап прикинцевого оцiнювання. Пiсля втiлення передбачених угодою заходiв вiдбувається оцiнка проведеної iндивiдуальної роботи та успiшностi вирiшення поставлених завдань. Прикладами конкретних результатiв iндивiдуальної роботи може бути: вiдновлення документiв, оформлення пенсiї для клiєнтiв пенсiйного вiку, налагодження стосункiв iз родичами тощо. За наявностi нерозв'язаних проблем, що не можуть бути ефективно вирiшенi у данiй установi, колишнього ув'язненого скеровують до iншої установи.

Досягнення звiльненими певного матерiального рiвня та повернення в мiсця позбавлення волi не можуть виступати самодостатнiми ознаками успiшної адаптацiї та засвоєння норм суспiльства, а часто лише свiдчать про ритуалiстськi або мiмiкрiйнi способи адапта-

ції. При здійсненні заходів, передбачених технологією, постає питання до яких цінностей, цілей та засобів їх досягнення потрібно адаптувати клієнта. Адже часто офіційні особи, які мають допомагати або на законних підставах контролювати особу, самі вчиняють аморальні чи навіть злочинні дії. Наприклад, свідомо прискіплюючись до колишнього ув'язненого, у нього вимагають хабар за реєстрацію, відновлення документів або за менш ретельний нагляд. Знаючи про потребу дачі хабара, його розмір і даючи хабар, звільнений, з одного боку, порушує закон, а з іншого діє згідно із неписаними правилами взаємодії сучасного українського суспільства. На нашу думку, тут спостерігається розрив між нормами поведінки на макрорівні та на мезорівні, що зумовлює додаткові труднощі для адаптанта.

Отже, передбачені українським законодавством заходи, покликані знівелювати негативний вплив відбування покарання (наприклад, спрямовані на збереження соціально корисних зв'язків засуджених та підготовки їх до звільнення з установ виконання покарань) здебільшого є малоефективними через формальність виконання і брак ресурсів. Технології наскрізної соціальної адаптації чоловіків, які звільняються з місць позбавлення волі, залежно від місця, де вони втілюються, можна поділити на такі дві: технології підготовки засуджених до життя у суспільстві (в УВП) та технології соціально-адаптаційної роботи із звільненими з місць позбавлення волі (поза УВП).

Роботу із чоловіками, які звільняються з УВП, здійснює команда фахівців: соціальний працівник, психолог, юрист, лікар, медсестра та ін. Основними формами роботи є індивідуальна та групова. Індивідуальна полягає у складанні програми соціального супроводу та професійного втручання тощо. Групова робота може реалізовуватися у формі тренінгів та груп самодопомоги. Тренінги включають наступні чотири блоки: психологічний (опанування навичок конструктивного спілкування; підвищення впевненості у собі; формування навичок конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, аутогенні тренування, релаксація тощо); правовий; працевлаштування; орієнтації на здоровий спосіб життя. тощо.

ЛЕКЦІЯ № 14. СОЦІАЛЬНА СОЦІАЛЬНО-ДЕПРИВОВАНИХ НАСЕЛЕННЯ

РЕАБІЛІТАЦІЯ КАТЕГОРІЙ

В умовах трансформації українського суспільства актуалізується проблема соціальної реабілітації членів специфічних соціальних груп та спільностей. Це комплексна проблема, і в її вирішенні беруть участь як державні, суспільні та приватні, так і благодійні організації, заклади та фонди. Однак така діяльність втрачає системний характер.

Це зумовлено насамперед тим, що сучасна ситуація в країні характеризується руйнуванням форм і способів життєдіяльності, що склалися десятиліттями в усіх верствах суспільства, а перехід на нові форми господарювання, управління та перерозподіл посилюються напругою ритму суспільного життя, внаслідок чого виникають нові ризики: технологічні, економічні, політичні, соціальні, екологічні.

Сучасний стан соціально-економічної та соціально-політичної сфер водночас продукує зростання ситуацій ризику: соціальну депривацію, соціальну вразливість, девіацію й делінквентність; обмежує доступ до діяльності основних соціальних інститутів, що розподіляють ресурси, і призводить до порушення чи розриву соціальних зв'язків індивідів із суспільством.

Проблемна ситуація. Особливість сьогоденного часу – зростання кількості осіб, змушених ризикувати в умовах ускладнення та непередбачуваності соціальної реальності. Девіантна поведінка, що супроводжується ризиком, сприяє пошуку нових способів самоактуалізації, самореалізації й самоствердженню особистості. Останнє є важливою причиною, що пояснює бажання людей відповісти на виклик швидко мінливої соціальної реальності. Девіантна поведінка, як така, що відхиляється від домінуючих у соціумі соціокультурних очікувань і норм, узвичаєних правил виконання соціальних ролей, стає одночасно як важливим стимулом розвитку соціуму, так і чинником його криміналізації та глибокої поляризації.

Про крайність проявів соціальної поляризації впродовж останніх років свідчить явище соціальної ексклюзії, одним із чинників якого є міжособистісне відчуження, що супроводжується розширенням ареалу егоїстичного індивідуалізму. Основними чинниками хронізації в плані депривації стало зростання безробіття, збільшення захворюю-

вань та соціальних хвороб, інвалідизації населення, що, безумовно, вимагає відновлення працездатності, соціальних статусів, здоров'я та соціальних зв'язків у соціумі.

Необхідно зазначити, що сучасному суспільству властива менша заданість з боку держави й індивідуалізація можливостей кожної людини, зменшилася роль держави в регулюванні суспільного життя в цілому та життя особистості зокрема.

Завдяки самоорганізаційним процесам у суспільстві поряд з державними збільшилося число недержавних організацій, приватних організацій та закладів (притулків) реабілітаційної діяльності, однак, на жаль, вони ще не задовольняють потреб зростаючої кількості специфічних соціальних груп в сучасній Україні, які потребують реабілітаційного впливу. Реабілітаційний потенціал держави надто мізерний для підтримання великої кількості соціально незабезпечених та соціально вразливих груп населення, які потребують соціальної підтримки чи соціальної допомоги. Вирішення багатьох проблем ускладнюється нерозробленістю проблем соціальної реабілітації як у суспільній практиці, так і в теорії соціальних наук, зокрема в соціології та соціальній роботі. Тому актуальність теми зумовлена потребою осмислення проблем аналізу соціальної реабілітації, вивчення цього феномену, а також формування моделі соціальної реабілітації (що, в першу чергу, вказує на способи реабілітації). Актуалізуються проблеми вдосконалення різноманітних механізмів соціальної реабілітації, які ще не набули достатнього осмислення та потребують подальшого дослідження, визначення стратегій і технологій соціально-реабілітаційної діяльності щодо різних категорій населення, а також соціологічного обґрунтування поняття "соціальна реабілітація".

Модель соціальної реабілітації у даній роботі розуміється як загальна схема опису найважливіших елементів інституту соціальної реабілітації, що дає змогу порівнювати суть та особливості соціальної реабілітації в різних суспільствах. Для теоретичного аналізу моделей соціальної реабілітації скористаємося схемою опису таких її елементів: мета соціальної реабілітації (в основу якої покладено певні філософські цінності); напрями реабілітації (види реабілітаційної допомоги, спрямованої на досягнення мети конкретної моделі соціальної реабілітації); клієнти соціальної реабілітації (індивіди та групи осіб, які самостійно не можуть подолати свої проблеми, вийти із життєвої кризи, функціонувати самостійно і потребують сторонньої допомоги);

суб'єкти соціальної реабілітації (організації, групи осіб, окремі особи, які надають реабілітаційні послуги клієнтам); форми взаємодії між клієнтами та суб'єктами соціальної реабілітації.

Інституціоналізація соціальної реабілітації з точки зору її змістовного наповнення набуває різного сенсу і може бути описана в межах патерналістської, індивідуалістської або змішаної моделей соціальної реабілітації. Модель соціальної реабілітації розуміється як загальна схема опису найважливіших елементів інституту соціальної реабілітації, що дає змогу порівнювати зміст соціальної реабілітації в різних суспільствах. Індивідуалістська модель передбачає забезпечення повноцінного функціонування в суспільстві кожної людини, незалежно від її походження, стану здоров'я, соціального статусу, економічного становища чи політичних переконань. Патерналістська – забезпечення функціонування суспільства без будь-яких проявів «соціальних патологій» (безробіття, алкоголізму, наркоманії, проституції тощо). Змішана – забезпечення оптимальної життєдіяльності суспільства та взаємодії його членів. Відповідно, кожна із моделей має свої відмінності у клієнтах, суб'єктах та видах реабілітаційних послуг. Сьогодні найчастіше зустрічається змішана модель соціальної реабілітації, на що впливають різні фактори.

Сучасному українському суспільству притаманна змішана модель соціальної реабілітації. Основними чинниками, що вплинули на інституціоналізацію соціальної реабілітації в незалежній Україні стали складне соціально-економічне становище та зміни у соціальній політиці держави. Мета соціальної реабілітації в сучасному українському суспільстві відрізняється залежно від групи клієнтів і визначає відмінні напрями, форми та методи реабілітації. Однак, у більшості випадків кінцевою метою та змістом соціальної реабілітації різних соціальних груп є інтеграція у суспільство усіх його членів та забезпечення їх оптимального функціонування. Коло клієнтів у вітчизняній моделі соціальної реабілітації є дуже широким і включає:

- людей з інвалідністю (фізичною, психічною);
- людей з девіантною поведінкою (правопорушники, злочинці);
- людей із залежностями (від наркотиків, алкоголю, ігрових автоматів, із харчовими розладами);
- людей, які зазнали травмуючих подій (терор, репресії, насильство, торгівля людьми);
- людей, які не можуть самостійно інтегруватися в соціум через

вікові особливості або соціальний статус (бездомні, безпритульні, діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування). Усі перелічені групи клієнтів соціальної реабілітації вітчизняне законодавство називає особами, які перебувають у складних життєвих обставинах (СЖО) і не можуть самостійно їх подолати. Окрім того, послуги із соціальної реабілітації надаються також родичам клієнтів, які перебувають у СЖО. Така практика більшою мірою поширена в громадських організаціях. За такого підходу, фактично кожен член суспільства в певний період свого життя може потребувати послуг соціальної реабілітації. На державному рівні соціальна реабілітація не має ані державних стандартів, ані уніфікованих методик роботи, ані офіційно затверджених напрямів реабілітації. В Україні створено розгалужену мережу державних закладів та громадських організацій, які виконують функції соціальної реабілітації.

Таким чином, за часи незалежності в українському суспільстві сформувалася власна модель соціальної реабілітації (див. рис. 14.1). Аналізуючи складові моделі соціальної реабілітації, слід зауважити, що коло клієнтів у вітчизняній моделі соціальної реабілітації є дуже широким і включає:

- людей, які мають стійкі розлади функцій організму (людей з інвалідністю, людей з проблемами психічного здоров'я та їх родичів);
- людей з девіантною поведінкою: людей із злочинною поведінкою, правопорушників; людей із залежностями (від наркотиків, алкоголю, ігрових автоматів, із харчовими розладами) та членів їх родин;
- людей, які постраждали від катастроф (від стихійних лих, аварії на ЧАЕС);
- людей, які постраждали від дій сторонніх осіб (терор, насильство, торгівля людьми, найгірші форми дитячої праці);
- людей, які не можуть самостійно інтегруватися в соціум через вікові особливості або соціальний статус (бездомні, безпритульні, діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, біженці, мігранти, шукачі притулку, люди похилого віку, люди, які звільняються із місць позбавлення волі тощо).

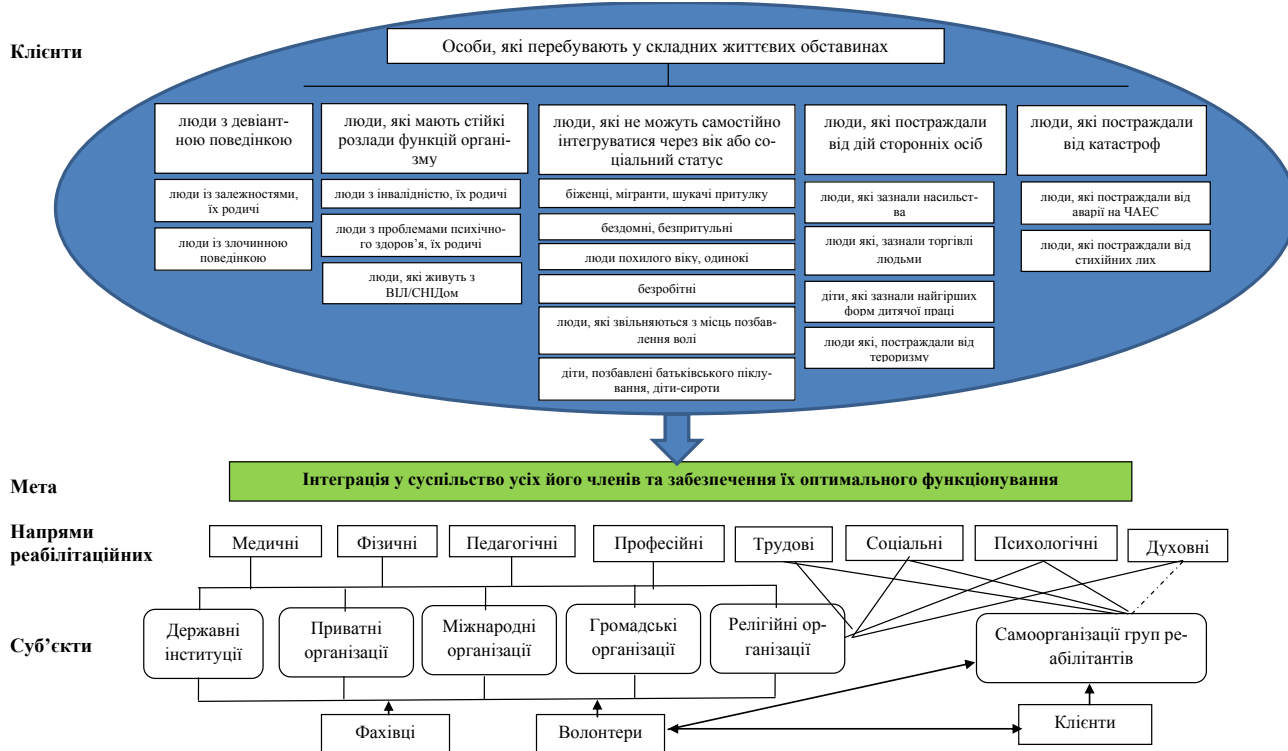


Рисунок. 14.1 – Модель соціальної реабілітації специфічних соціальних груп в сучасній Україні

Усі перелічені групи клієнтів соціальної реабілітації вітчизняне законодавство називає особами, які перебувають у складних життєвих обставинах (СЖО) і не можуть самостійно їх подолати. Окрім того, послуги із соціальної реабілітації надаються також родичам клієнтів, які перебувають у СЖО. За такого підходу, фактично кожен член суспільства в певний період свого життя може потребувати послуг соціальної реабілітації, яка сьогодні все ще ототожнюється із адаптацією, інтеграцією та соціалізацією.

Мета соціальної реабілітації в сучасному українському суспільстві відрізняється залежно від групи клієнтів і визначає відмінні напрями, форми та методи реабілітації. Однак, у більшості випадків кінцевою метою та змістом соціальної реабілітації різних соціальних груп є інтеграція у суспільство усіх його членів та забезпечення їх оптимального функціонування. При цьому використовуються різні форми та методи реабілітації й надаються різноманітні види реабілітаційних послуг: медичні, фізичні, психологічні, професійні, соціальні, педагогічні. Кожен зі згаданих вище видів реабілітаційних послуг набуває більшого чи меншого значення в різних соціальних умовах та залежно від клієнта реабілітації. В сучасній моделі соціальної реабілітації в Україні релігійні організації надають також послуги із духовної реабілітації. Клієнтами такого виду реабілітаційної допомоги найчастіше стають люди із залежністю від вживання наркотиків та алкоголю, люди, які звільнилися з місць позбавлення волі та члени їх сімей.

В Україні діє значна кількість суб'єктів соціальної реабілітації, до яких входять: державні інституції, приватні організації, міжнародні організації, громадські організації, релігійні організації. Вони надають увесь можливий перелік реабілітаційних послуг залежно від потреб клієнтів.

Розроблено концептуальну модель соціальної реабілітації соціально-депривованих категорій населення в умовах зростання ризиків, яка на основі системного підходу сформована з рівнозначних складових елементів: реабілітація як мета, як процес (зміна стадій і станів, що ґрунтуються на цілеспрямованні дій для досягнення результату) та спосіб її досягнення, (механізми, рівні, методи). Побудова концепції обґрунтована сучасним станом українського суспільства, при якому роль соціальної реабілітації полягає у відновленні соціального потенціалу.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Надається перелік навчальної та довідникової літератури, що рекомендується, при вивченні дисципліни "Технології соціальної роботи". Слід мати на увазі, що джерела, які можуть бути використані, не обмежуються тільки цим переліком.

Основна

1. Лобанова А. С. Робота з підлітками-девіантами: соціологічні та психологічні аспекти: Підручник. / А.С. Лобанова, Л. В. Калашнікова., 2018. 466 с. – (Затверджено МОН України).
2. Неживець О. М. Ресоціалізація засуджених та осіб, звільнених з місць позбавлення волі / О.М. Неживець, Л. А. Жук, І. Л. Жук. – К: Кондор, 2019. 222 с. – (ISBN 978-966-351-275-4).
3. Соціальна робота з вимушеними переселенцями в сучасній Україні : монографія / Борисова О.В., Знаткова О. М., Кульга О. О., Нікітіна В. В.; Луган.нац.аграр.ун-т. – : Київ: Видавничий дім «Кондор», 2019. 468 с.
4. Стрельник Олена Турбота як робота: материнство у фокусі соціології. Монографія. – Київ: Критика, 2017 [КНУ ім. Т. Шевченка; факультет соціології]. 280 с.
5. Технології соціальної роботи : Навчальний посібник з грифом МОН України / О.А. Агарков (керівник авт.кол.), Д.Ю. Арабаджиев, Т.В. Єрохіна, В.В. Кузьмін, І.В. Мещан, В.М. Попович. – Запоріжжя, вид. комплекс АТ «Мотор Січ», 2015. 487 с.

Додаткова

1. Важковиховуваність: сутність, причини, реабілітація : навч. посіб. для соціальних педагогів та соціальних психологів освітніх закладів / за ред. О. М. Полякової. – Суми : Університетська книга, 2009. 346 с.
2. Васильєв В.В Соціальна робота на підприємстві: Навчальний посібник / В.В. Васильєв. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2011. 424 с.
3. Гордієнко Н.М. Соціалізація підлітків та молоді з особливими потребами : автореф. дис ... канд. соціол. наук: 22.00.04 / Наталія Ми-

- колаївна Гордієнко . – Запоріжжя : Б.в., 2012 . 20 с.
4. Дікова-Фаворська О.М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології : монографія [Текст] / О.М. Дікова-Фаворська. – Житомир : Полісся, 2009. 488 с.
 5. Здрагат С. Г. Умови реалізації соціальної технології евалюації інклюзивної освіти / С. Г. Здрагат // Грани. 2017. Т. 20, № 4. С. 10-16.
 6. Здрагат С.Г. Евалюація інклюзивної освіти: соціальна технологія її реалізації в українському освітньому просторі [Текст] : автореф. дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04 / Здрагат Світлана Геннадіївна ; Класич. приват. ун-т. - Запоріжжя, 2018. 20 с.
 7. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І. Д. Зверева, З.П. Кияниця, В. О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І. Д. Зверевої, Ж. В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. 528 с.
 8. Карпенко О. Г. Теорія і практика професійного становлення соціального працівника / О. Г. Карпенко., 2014. 192 с.
 9. Кривоконь Н.І. Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні [Текст:] навчальний посібник / Н.І. Кривоконь: .- Чернігів: Чернігівський державний технологічний університет, 2012. 320 с.
 10. Кузьмін В.В. Социокультурные барьеры социализации детей-сирот в высших учебных заведениях Украины // Социокультурные барьеры модернизации высшей школы Украины: коллективная монография / под ред. В.С. Бакирова. Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2015. С. 253-279. (підрозділ у науковій монографії).
 11. Кузьмін В.В. Моделювання соціалізації студентів-сиріт у ВНЗ / Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики : зб. наук. пр. / редкол. : Д.М. Ядранський (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя : КПУ, 2011. Вип. 51. С. 181-189. (Фахове видання).
 12. Кузьмін В.В. Соціалізація сиріт у вищих навчальних закладах України: соціотехнологічний аспект [Текст] : автореф. дис. ... канд. соціол. наук : 22.00.04 / В.В. Кузьмін ; Класич. приват. ун-т. - Запоріжжя, 2013. 20 с. : рис., табл.
 13. Лефтер В. О. Соціально-психологічне забезпечення інтеграційного розвитку українського суспільства / В. О. Лефтер, А. С. Мельнікова., 2020. 172 с. – (ISBN: 978-617-7910-52-6).
 14. Макарова О.В. Соціальна політика в Україні: монографія / О.В. Макарова; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Пту-

- хи НАН України. – К., 2015. 244 с.
15. Модель соціальної підтримки молоді з уразливих соціальних груп : метод. посіб. з надання послуг молоді [Текст] / [Комарова Н.М., Зінченко А.Г., Романова Н.Ф. та ін.]. – К. : Грандіс-Груп, 2006. – Ч. 1 (на прикладі досвіду впровадження проекту «Сприяння працевлаштуванню вихованців закладів для дітей-сиріт в Україні»). 105 с.
 16. Павленок П. Д. Технология социальной работы с различными группами населения : учеб. пособие / П. Д. Павленок, М. Я. Руднева. – М.: ИНФРА–М, 2010. 272 с.
 17. Подшивалкина В. И. Социальные технологии: проблемы методологии и практики. - Кишинев; 1997. 352 с.
 18. Проскура В.В. Підготовка засуджених до реінтеграції у суспільство / В.В. Проскура, Н.А. Карпенко. – Л. : Папуга, 2007. 200 с.
 19. Проскура В.В. Юридично-інформаційний довідник для осіб, які звільняються від відбування покарання з кримінально-виконавчих установ / В.В. Проскура, Б.М. Телефанко. – Л. : Папуга, 2006. 144 с.
 20. Профілактика наркоманії у дитячому, підлітковому та молодіжному середовищі: Довідник для соціального працівника, вчителів, шкільних психологів, батьків/Б.П. Лазаренко, О.Т. Барішполець та ін./за ред. Б.П. Лазаренка. – К.: Держсоцслужба, 2005. 300с.
 21. Профілактика туберкульозу серед сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах/ Островерха Ю.А., Бережна Л.В., Коваль Я. Б., Лозинська Х.Р., Романець О.М. : Метод. посіб. - Львів : Комунальне видавниче підприємство « Край», 2012. 168 с.
 22. Розбудова навичок самостійного життя і сприяння зайнятості для випускників професійно-технічних закладів – колишніх вихованців інтернатних установ для дітей-сиріт : навчальний посібник [Текст] / [Білецька О.В., Гищак М.М., Мельников О.В. та ін.]. – К. : Грандіс-Груп, 2006. 105 с.
 23. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: Теоретико-методологический аспект. - Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 2002. 275с.
 24. Соціальна робота : історія, теорія і практика : монографія / ред.: В. В. Харабет, Л. М. Хижняк, А.И. Андрущенко. - Мариуполь : ПГТУ, 2015. 391 с.
 25. Соціальна робота : Робоча книга соціального працівника : посібник / О.А. Блінов, М.С. Гурицька, Н.Г. Ісхакова [та ін.]. – К.: НАУ, 2013. 164 с.

26. Соціальна робота в сучасному суспільстві : монографія / В.П. Бех, М. П. Лукашевич, М. В. Туленков ; Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. 601 с.
27. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. проф. А.Й. Капської. - К.: Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
28. Соціальний звіт за 2018 рік [Електронний ресурс] / Департамент стратегічного планування Мінсоцполітики України // Мінсоцполітики України. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=160211.
29. Сприяння працевлаштуванню людей з інвалідністю: Методичний посібник для центрів зайнятості [Текст] / Упорядн. Фокас Л.М., Маршавін Д.Ю. – Харків: «СІМ», 2011. 262 с.
30. Сурмин Ю.П., Туленков Н. В. Теория социальных технологий: Учеб. пособие. - К.: МАУП, 2004. 608 с.
31. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. — М., 2005. 236 с.
32. Технологии социальной работы. Учебник под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2018. 400 с.
33. Технології соціально-педагогічної роботи з сім'ями / А. Й.Капська, І. В. Пеша, О. Ю. Міхеєва, О.Ю. Соляник. – К: НПУ імені М. Драгоманова, 2015. 328 с.
34. Технологія профорієнтаційної роботи з безробітними, які тривалий час перебувають на обліку в державній службі зайнятості: Колективна монографія/ за заг. ред. Тарасюк С.О — К.: ІПК ДСЗУ, 2011. 312 с.
35. Шинкарук В. Д. Технології соціально-педагогічної діяльності / В. Д. Шинкарук, В. М. Теслюк, Т. І. Ковальчук. – К: Ліра-К, 2019. 376 с.
36. Al-Darraji H. A., Kamarulzaman A., Altice F. L. Latent tuberculosis infection in a Malaysian prison: implications for a comprehensive integrated control program in prisons // BMC public health. –2014. – Vol. 14, № 1. – P. 22.
37. Casas I., Esteve M., Guerola R., Garcia-Olive I., Roldan-Merino J., Martinez-Rivera C., Ruiz-Manzano J. Incidence of tuberculosis infection among healthcare workers: Risk factors and 20-year evolution // Respiratorymedicine. – 2013. – Vol. 107, № 4. – P. 601-607.

38. Mason C, Dobard E, Zhang P, Nelson S: Alcohol Exacerbates Murine Pulmonary Tuberculosis. *Infection and Immunity*. 2004, 2556-2563. 10.1128/IAI.72.5.2556-2563.2004. Google Scholar
39. Nelson S, Mason C, Bagby G, Summer W: Alcohol, Tumor Necrosis Factor, and Tuberculosis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1995, 19: 17-24. 10.1111/j.1530-0277.1995.tb01467.x. View Article Google Scholar classical and molecular epidemiological techniques. *Journal of Clinical Microbiology*. 2002, 40: 532-539.

Інформаційні ресурси

1. Бидзян Д.Р., Соркина М.О. «Условия содержания в пенитенциарных учреждениях лиц, имеющих сексуальные отклонения», журнал «Территория науки», 2016, <https://cyberleninka.ru/article/n/usloviya-soderzhaniya-v-penitentsiarnyh-uchrezhdeniyah-lits-imeyuschih-seksualnye-otkloneniya>
2. Группы и факторы риска заболевания туберкулезом: <https://ftiza.su/gruppyi-i-factoryi-riska-zabolevaniya-tuberkulezom/>
3. Джерельна база Центральної наукової бібліотеки НАН України ім. В.І. Вернадського, Запорізької обласної універсальної наукової бібліотеки О.М. Горького;
4. Дитячий біль: проституція, яку не хочуть помічати <https://znaj.ua/society/dytyachyj-bil-prostytuciya-yaku-ne-hochut-pomichaty>
5. Документи міжнародних правозахисних та волонтерських організацій;
6. Дужий І.Д., Бондаренко Л.А., Олещенко В.О. «Деякі питання епідемії «сімейного» туберкульозу», «Туберкульоз, легеневі хвороби, ВЛІ-інфекція», №3, 2017, с. 44-49 http://tubvil.com.ua/svizhij_nomer.php?id=30
7. Ениколопов С.Н. «Стигматизация и проблема психического здоровья» Портал психологических изданий PsyJournals.ru – http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088_full.shtml [Стигматизация и проблема психического здоровья – Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы
8. Звернення учасників і учасниць конференції з міжнародною участю «Виклик без відповіді: злочини ненависті проти ЛГБТ в Україні»

ні» (м. Київ, 23.02.2018 р.)
<http://gay.org.ua/documents/conference2018/Address-to-Ukrainian-authorities-ukr.pdf>

9. Інтернет-представництва органів державної влади та місцевого самоврядування, Державного комітету статистики;
10. Матеріали нормативно-правових актів України та науково-практичні коментарі до них (1991-2020 рр.);
11. Матеріали соціологічних досліджень.
12. Мельник В.М., Турченко Л.В. «Туберкульоз і алкогольна залежність – актуальна проблема сьогодення»
<http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/16/pdf16-4/9.pdf>
13. Методичні вимоги до надання соціальних послуг для ВІЛ-позитивних осіб в рамках консолідованої програми з ВІЛ і туберкульозу на 2015-2017 рр., за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією [Електронний ресурс] / О. Андрушків, О. Косенко, О. Правдива, К. Сініцина // ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». – 2014. – Режим доступу до ресурсу:
<https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/49fea3aa059851dca69f188fd6add9b7.pdf>.
14. На піднесенні. Становище ЛГБТ в Україні у 2017 році. / Центр «Наш світ». – К.: Центр «Наш світ», 2018.
http://gay.org.ua/publications/lgbt_ukraine_2017-u.pdf
15. Насилие в отношении секс-работников, Жукова А.В.
<https://cyberleninka.ru/article/n/nasilie-v-otnoshenii-seks-rabotnikov-v-rossii>
16. Науково-практичний посібник для суддів «Захист прав ВІЛ-інфікованих осіб у суді», М. В. Буроменський, КИЇВ, 2009
file:///D:/%D0%97%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/UNDP_HIV_courts_Ukr.pdf
17. Незручна проблема: що варто робити з проституцією в Україні
<https://dyvys.info/2017/03/15/nezruchna-problema-shho-var-to-robyty-z-prostytutsiyeyuv-ukrayini-opytuvannya/>
18. Проституція в Україні: здорових повій – лише 10%
<https://tsn.ua/prostitutsiya-v-ukrayini-zdorovih-povii-lishe-10.html>
19. Распутный Киев: как устроена секс-индустрия столицы
<https://www.obozrevatel.com/crime/13768-biznes-na-prostitutsii-blizorukaya-politsiya-i-vyisokayakonkurentsia>.

- 20.5 проблем, с которыми сталкиваются секс-работницы, Ю.Коргун
http://update.com.ua/likbez_tag925/5-problem-s-kotorymi-stalkivaiutsia-seks-rabotnitcy_n3253
21. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review Knut Lönnroth*, Brian G Williams, Stephanie Stadlin, Ernesto Jaramillo and Christopher Dye
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533327/>
22. http://update.com.ua/likbez_tag925/5-problem-s-kotorymi-stalkivaiutsia-seks-rabotnitcy_n3253
23. Keshavjee S, Yedilbayev A, Sweeney C. The Sputnik initiative: patient-centered accompaniment for tuberculosis in Russia. Boston: Partners in Health; 2014 (<http://www.pih.org/library/the-sputnik-initiativepatient-centeredaccompaniment-for-tuberculosis-in-r>, revisado el 30 de Octubre de 2015)
24. Molecular epidemiology reveals the role of war in the spread of HIV in Ukraine, Tetyana I. Vasylyeva, PNAS Early Edition, <http://www.pnas.org/content/pnas/early/2018/01/09/1701447115.full.pdf>

