

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ ВРАЗЛИВИМИ СІМ'ЯМИ ТА ДІТЬМИ

Частина II
ОЗНАКИ ВРАЗЛИВОСТІ
ТА СПЕЦИФІКА ПІДТРИМКИ СІМ'Ї І ДИТИНИ



МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ
ПАРТНЕРСТВО «КОЖНІЙ ДИТИНІ»

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ІЗ ВРАЗЛИВИМИ СІМ'ЯМИ ТА ДІТЬМИ

Посібник у двох частинах

**Частина друга
ОЗНАКИ ВРАЗЛИВОСТІ ТА СПЕЦИФІКА
ПІДТРИМКИ СІМ'Ї І ДИТИНИ**

Київ – 2017

УДК 364.01 (072)

ББК 65.406 я 73

С 69

Автори:

Аносова А. В. – канд. пед. наук (розділ 7), Безпалько О. В. – докт. пед. наук, професор (розділ 3), Виногорова О. А. (розділ 8.), Грицевич О. В. (розділ 3), Журавель Т. В. – канд. пед. наук, доцент (розділ 6 та 9), Луценко І. В. (розділ 5), Лях Т. Л. – канд. пед. наук, доцент (розділ 8), Новохатня К. А. (розділ 9), Носач І. В. (розділ 4), Остролицька Л. І. (розділ 5), Петрович В. С. – канд. пед. наук, доцент (розділ 6), Петушкова Л.А. (розділ 2), Пилипас Ю. В. (розділ 1), Цюман Т. П. – канд. пед. наук, доцент (частина II, розділ 6).

Пінчук І. М. – канд. педагогічних наук, начальник Управління профілактики соціального сирітства Міністерства соціальної політики України

Рецензенти:

Колбаса Р. С. – директор Департаменту захисту прав дітей та усиновлення Міністерства соціальної політики України

Пінчук І. М. – канд. педагогічних наук, начальник Управління профілактики соціального сирітства Міністерства соціальної політики України

Суліма О. В. – начальник Управління у справах людей похилого віку та надання соціальних послуг Міністерства соціальної політики України



Посібник підготовлено в рамках проекту «Розробка посібника із соціальної роботи з вразливими сім'ями і дітьми», що впроваджувався Міжнародною благодійною організацією «Партнерство «Кожній дитині» за фінансової підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

С 69 **Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми:** посіб. у 2-х ч.; Ч. 2 (Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми) / А. В. Аносова, О. В. Безпалько, Т. П. Цюман та ін. / За заг. ред.: Т. В. Журавель, З. П. Кияниці. – К. : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. – 352 с.

Частина друга посібника розкриває особливості організації надання послуг сім'ям з дітьми з урахуванням ключової ознаки вразливості. У посібнику лаконічно розкрито інформацію щодо професійних обов'язків і основних напрямів роботи фахівця соціальної роботи, особливостей його взаємодії з іншими надавачами соціальних послуг.

УДК 364.01 (072)

ББК 65.406 я 73

© Партнерство «Кожній дитині», 2017

© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2017

© ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2017

ISBN 978-617-7239-20-7

ЗМІСТ

Розділ 1. Соціальна адаптація внутрішньо переміщених сімей з дітьми	5
Розділ 2. Соціальна допомога особам, які пережили травму чи втрату (зокрема, внаслідок стихійного лиха або війни) ..	35
Розділ 3. Запобігання відмовам від дітей раннього віку	75
Розділ 4. Соціальна інтеграція випускників інтернатних закладів	119
Розділ 5. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю.....	159
Розділ 6. Попередження насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми.....	191
Розділ 7. Соціальна робота із сім'ями, в яких є особи, залежні від психоактивних речовин (ПАР)	239
Розділ 8. Соціально-психологічна підтримка сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу.....	273
Розділ 9. Соціальна підтримка дітей, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сімей.....	311

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АРТ-терапія	антиретровірусна терапія
АТО	антитерористична операція
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	внутрішньо переміщена особа
ГАНШ	громадсько-активна школа
ГРВІ	гостра респіраторна вірусна інфекція
ДБСТ	дитячий будинок сімейного типу
ДНЗ	дошкільний навчальний заклад
ДЦП	дитячий церебральний параліч
ЄС	Європейський Союз
ЗМІ	засоби масової інформації
ЗОШ	загальноосвітня школа
ЗУ	Закон України
КВІ	Кримінально-виконавча інспекція
КДМ	клініка, дружня до молоді
ККУ	Кримінальний кодекс України
КМУ	Кабінет Міністрів України
КОДА	Київська обласна державна адміністрація
КУпАП	Кодекс України про адміністративні правопорушення
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ЛКК	лікарсько-консультативна комісія
МБО	міжнародна благодійна організація
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МДК	міждисциплінарна команда
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки України
МСЕК	медико-соціальна експертна комісія
НВК	навчально-виховний комплекс
НУО	неурядова організація
ООН	Організація об'єднаних націй
ПАР	психоактивні речовини
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТСП	посттравматичний стресовий розлад
СГН	сімейна групова нарада
СЖО	складні життєві обставини
СЕВ	синдром емоційного вигорання
СНІД	синдром набутого імунодефіциту людини
ССД	служба у справах дітей
УПСЗН	управління праці і соціального захисту населення
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ФСР	фахівець із соціальної роботи
ЦМД	центр матері і дитини
ЦСПРД	центр соціально-психологічної реабілітації дітей
ЦСССДМ	центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

РОЗДІЛ



**СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
СІМЕЇ З ДІТЬМИ**

РОЗДІЛ I. Соціальна адаптація Внутрішньо переміщених сімей з дітьми

- У чому полягає сутність уразливості сімей з дітьми та дітей, які є внутрішньо переміщеними?
- Якими можуть бути типові потреби, проблеми, труднощі таких сімей з дітьми?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують питання соціальної адаптації внутрішньо переміщених сімей з дітьми?
- Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?
- Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?
- Які особливості проведення оцінки потреб?
- Як здійснюється планування роботи?
- Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Які форми і методи доцільно використовувати у процесі соціальної роботи?
- Які критерії закриття випадку?
- Якими є основні рекомендації щодо роботи з внутрішньо переміщеними особами?
- Соціальна історія
- Список використаних джерел
- Список рекомендованих джерел

У чому полягає сутність уразливості сімей з дітьми та дітей, які є внутрішньо переміщеними?

Внутрішньо переміщені особи (ВПО), яких ще називають «вимушеними переселенцями» – нове явище для України, що є наслідком тривалого військового конфлікту на території Донецької й Луганської областей та анексії Автономної Республіки Крим.



Внутрішньо переміщена особа – громадянин України, який постійно проживає в Україні, якого змусили або який самостійно покинув місце свого проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, масових порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру¹.

За дорученням Генеральної Асамблеї ООН та Комісії з прав людини були розроблені і 1998 року ухвалені «Керівні принципи з питань переміщених всередині країни осіб», які врегульовують вимушене переміщення осіб всередині країни та є керівними вказівками для міжнародних і неурядових організацій та національної влади з метою розроблення законодавчих актів та політичних заходів стосовно переміщення всередині країни. Зазначеним документом передбачено, що національна влада забезпечує захист та гуманітарну допомогу переміщеним усередині країни особам.

Більшість ВПО кожного дня стикаються з побутовими, матеріально-економічними, соціальними, психологічними, юридичними проблемами та проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, що унеможлиблює достатній рівень задоволення навіть базових потреб.

Уразливість ВПО, зокрема сімей з дітьми, викликана такими чинниками:

На особистісному рівні:

- відчутна загроза життю та здоров'ю (перед переміщенням вони могли стикатися з насильством, полоном, приниженням, руйнуванням даху над головою, відсутністю умов для задоволення базових потреб тощо);
- пережиті як матеріальні, так і нематеріальні втрати (втрата рідних, стосунків з рідними, будинку та майна, втрата всього важливого і звичного для людини). Було втрачено звичну буденність життя, усвідомлення власної ідентичності та соціального стану. Слід розуміти, що втрата є більш болючою, якщо вона несподівана і нетипова. Коли подія розвивається поступово, людина встигає усвідомити її неминучість і щось зробити. Але якщо подія відбувається швидко або несподівано, людина не встигає здійснити контроль над ситуацією;

¹ Згідно зі статтею 1 Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб».

- невизначеність майбутнього та страхи, які з цим пов'язані (людина не знає, що її чекає попереду, чи зможе вона знайти житло, нову роботу, влаштувати дітей; як приймуть факт переселення інші члени сім'ї, близьке оточення, які залишились, чи проявлять вони співчуття, чи засудять);
- відчуття ізольованості і несприйняття в місцевій громаді, що є перешкодою для побудови нових стосунків, працевлаштування за місцем переселення;
- зміна або втрата соціального статусу, життєвих орієнтирів та потреба у терміновому набутті нових як професійних, так і соціальних навичок;
- кардинальна зміна умов проживання. Особливо це стосується тих переселенців, які були переміщені з невеликих міст і селищ до великих міст і відчують «стрес великого міста», і навпаки. Іншою особливістю є умови проживання, а саме частина ВПО проживають у спеціально відведених приміщеннях (санаторії, табори, заклади соціального спрямування, гуртожитки), де вони дотримуються спільних «правил» проживання та, зазвичай, не мають достатнього особистісного простору. Більшість із них отримують доступ до соціальних послуг державних і громадських організацій, гуманітарну допомогу тощо.

На рівні громади:

- брак інформації для ВПО щодо наявних ресурсів громади у забезпеченні житлом, роботою, програмами соціальної підтримки тощо;
- недостатньо розвинута соціальна інфраструктура (медичні, навчальні, соціальні заклади й установи та їх фінансування), яка не здатна задовольнити потреби більшої кількості осіб;
- нестача або відсутність фінансового забезпечення реалізації програм допомоги ВПО для задоволення їх потреб, створення умов для соціальної адаптації;
- недостатність кадрових ресурсів (особливо фахівців, які працюють з травмою, втратами, надають реабілітаційні послуги), що унеможливує вчасну і якісну допомогу ВПО для попередження ризикованих проявів поведінки;
- різні погляди членів громади на ситуацію, що склалася на Сході України, та пов'язані з ними інтолерантність і конфлікти між членами громади та ВПО;
- стигматизоване ставлення як з боку фахівців, так і з боку оточення до проблем ВПО і першопричин цих проблем.

Зневіра і розпач через відсутність можливості влаштуватися на новому місці у багатьох ВПО викликає соціальну пасивність, бездієвість і залежність від постійної допомоги.



Внутрішньо переміщені особи походять з різних соціальних, релігійних, етнічних спільнот, мають різні переконання, як і всі інші жителі України, тому важливо не формувати стереотипні уявлення про них, а проявляти повагу до їх ідентичності та світогляду.

Досить гострою для ВПО є **проблема соціальної адаптації**. Соціальна адаптація передбачає інтеграцію людини в суспільство, у процесі якої формується самосвідомість і рольова поведінка, здатність до самоконтролю та адекватних відносин. Соціальна адаптація тісно пов'язана з психологічною адаптацією, яка відбувається шляхом узгодження індивідуальних цінностей і переконань та суспільних норм. Успішність адаптації залежить не стільки від об'єктивних умов ситуації, скільки від особливостей індивідуальних ресурсів, адекватності й ефективності стратегій їх застосування.

ФСР/соціальному працівнику необхідно зібрати та постійно доповнювати базу даних з адресами розміщення ВПО для організації роботи з ними. Для роботи в місцях компактного проживання корисно встановити стосунки з координаторами. Зазвичай такими координаторами є волонтери або активісти з числа ВПО. Вони можуть надавати інформацію про потреби, скеровувати до сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують втручання.

До іншої групи належать ВПО, які знайшли притулок у близьких, родичів, друзів, орендують житло або отримали можливість безкоштовно проживати у «пустих» будинках і які «розсіяні» у містах та сільській місцевості. Вони, переважно, будують життя у більш незалежних умовах і не завжди перебувають у полі зору волонтерів, представників громадських та державних організацій.

Слід зважати на те, що серед ВПО певну кількість становлять ті, які до збройного конфлікту вже перебували у складних життєвих обставинах, й умови переселення посилили фактори ризику для них. З-поміж таких факторів ризику: інвалідність; алкогольна/наркотична залежність; ВІЛ-інфекція; конфлікт із законом; насильство в сім'ї, відсутність роботи тощо.

Водночас серед ВПО багато людей, які були успішно реалізовані і на особистісному, і на професійному рівні, та у зв'язку з переселенням втратили соціальний статус, звичний спосіб життя і забезпечення, певні життєві плани і стабільність. Часто серед них є активні особистості, готові об'єднувати навколо себе таких самих людей, шукати для них шляхів підтримки і допомоги, проводити розвивальні та підтримувальні заходи.

Діти з сімей ВПО також відчувають труднощі, пов'язані з пережитим досвідом перебування у ситуації збройного конфлікту і переміщенням на незнайоме місце проживання та в нові умови навчання.

Більш детально з реакціями дітей на втрату можна ознайомитися у Розділі 2. «Соціальна допомога особам, які пережили травму чи втрату (зокрема, внаслідок стихійного лиха або війни)».

Якими можуть бути типові потреби, проблеми, труднощі таких сімей з дітьми?

Наявність або відсутність проблем, труднощів у сімей із числа ВПО з дітьми залежить від особистісних факторів, чинників ризику сім'ї та громади; від наявних ресурсів та здатності усвідомлювати їх і користуватися ними; від адаптаційних можливостей справлятися з труднощами (навичок копінгу).

ФСР/соціальному працівникові слід враховувати, що є низка типових проблем, труднощів, до яких належать:

Побутові проблеми та труднощі:

- відсутність житла;
- неналежні соціально-побутові умови (водопостачання, тепло, місце для сну, розвитку дитини, місця для збереження речей, продуктів харчування тощо);
- недостатність власного простору.

Матеріально-економічні проблеми та труднощі:

- низький економічний рівень життя, бідність;
- неможливість задоволення базових потреб;
- необхідність професійного перенавчання;
- складнощі із працевлаштуванням на новому місці.

Соціальні проблеми та труднощі:

- відсутність звичного середовища та оточення;
- складність влаштування дітей до навчальних закладів; продовження (повнення) навчання;
- відсутність доступу до соціальних та медичних послуг; незабезпечення необхідними ліками, особливо за наявності хронічних захворювань, ВІЛ, туберкульозу, неможливість безперервності лікування;
- непідтримання контактів із сім'єю через переміщення і різні погляди членів сім'ї на ситуацію у зв'язку зі збройним конфліктом;
- непорозуміння з членами приймаючої громади на побутовому рівні через ресурси та різні політичні переконання.

Психологічні проблеми:

- стресові стани, депресія, посттравматичний стресовий розлад, підвищена тривожність, відчай;
- втрата автономності («Я не керую процесом. Мене кудись несе») та суб'єктивності («Це не я приймаю рішення у своєму житті. Хтось зверху вирішує»);
- порушення ідентичності (людина ототожнювала себе з певними соціальними групами, оточенням, що впливало на визначення її цінностей та соціальних ролей. У зв'язку з переміщенням соціальне оточення втрачено, людині потрібно вибудувати нові цінності, установки та відпрацювати нові соціальні ролі);

- розгубленість (не можуть зосередитися і виконувати розумові завдання, до яких звикли), виникає регрес;
- відчуття незахищеності та ізольованості;
- стан жертви;
- підвищений рівень агресії, гніву та пошук «зовнішнього ворога» («Хтось має за це заплатити»);
- високий рівень тривожності та нездатність прогнозувати майбутнє;
- відчуття сорому, низька самооцінка, почуття провини;
- реакції на тяжкий стрес і порушення адаптації, у тому числі посттравматичний синдром.

Юридичні проблеми та труднощі:

- втрата документів;
- складнощі з реєстрацією;
- проблеми щодо збереження прав на житло, яке залишилось;
- труднощі поновлення/отримання державних соціальних допомог та виплат, пенсійного забезпечення;
- складність забезпечення прав дітей, особливо у випадках розділення дітей з батьками (якщо діти були вивезені зі Сходу України родичами, а батьки залишилися).

Проблеми та труднощі, пов'язані зі здоров'ям:

- психосоматичні розлади;
- загострення хронічних хвороб, у тому числі через нестабільний психологічний стан, неможливість достатньо харчуватися;
- зловживання психоактивними речовинами.

Варто зважати, що жінки є більш уразливими до проблем, які виникають на гендерному підґрунті, особливо це стосується вагітних жінок або тих, у яких є маленькі діти. Матері можуть мати менше можливостей для підтримки себе у зв'язку з доглядом за дітьми. Вони є більш уразливими до проявів насильства стосовно них, а у разі пережитого насильства зазнають проблем зі здоров'ям, особливо психологічного характеру.

! Травматичні переживання одного члена сім'ї впливають на всю систему функціонування сім'ї.

Потреби ВПО можна умовно поділити на три категорії, що, своєю чергою, висувають перед ФСР/соціальними працівниками відповідні завдання (табл. 1):

Таблиця 1. Потреби внутрішньо переміщених осіб і способи їх забезпечення

Категорія потреб	Потреби, пов'язані з переміщенням, зміною місця проживання (термінові потреби)	Потреби, пов'язані з подальшою соціальною та психологічною адаптацією	Потреби, пов'язані з подоланням складних життєвих обставин, які виникли до переміщення
Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Сприяння в отриманні тимчасового притулку та забезпечення харчуванням, одягом, гігієнічними засобами, господарськими товарами першої необхідності. • Допомога у поставленні на облік ВПО, кожного члена родини, у т. ч. дітей. • Сприяння у медичному обстеженні та, за потреби, лікуванні. • Інформування про право на отримання допомоги, її види і порядок надання, організації, що надають таку допомогу, тощо. • Здійснення соціальних виплат, на які особа має право відповідно до чинного законодавства. • Правова допомога (юридичні консультації, відновлення втрачених документів, реєстрації, встановлення (відновлення) опіки над дітьми, представництво інтересів в суді та ін.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Сприяння в опрацюванні травматичного досвіду, розрада у горюванні за втратами, запобігання вторинній травматизації. • Сприяння у працевлаштуванні, навчанні/перенавчанні для здобуття професії. • Влаштування дітей до навчальних та виховних закладів. • Психологічна підтримка. • Сприяння у пошуку членів сім'ї, яких роз'єднав збройний конфлікт. • Допомога в отриманні гарантованих соціальних виплат та державних послуг. • Розвиток життєвих навичок, батьківського потенціалу, адекватних сімейних стосунків. • Створення/залучення до груп взаємодопомоги та взаємопідтримки. • Прищеплення навичок формування нових стосунків у громаді. • Навчання здатності усвідомлювати свої ресурси та користуватися ними, розвиток адаптаційних можливостей та формування навичок копінгу. • Залучення до змістовного дозвілля, культурного життя. 	<p>Подолання алко-/наркозалежності.</p> <p>Припинення насильства в сім'ї, захист прав у зв'язку з насильством в сім'ї.</p> <p>Забезпечення необхідним лікуванням тощо.</p>



Копінг (англ. «cope» – впоратися, витримати) – це стабілізуючий фактор, що допомагає особистості підтримувати психосоціальну адаптацію у період впливу стресу.

Копінг-стратегії – це адаптивна форма поведінки, яка підтримує психологічну рівновагу у проблемній ситуації; це способи психологічної діяльності та поведінки, що виробляються свідомо і спрямовані на подолання стресової ситуації.

Копінг-ресурси – це набір характеристик особистості та соціального середовища, що забезпечують оптимальну адаптацію до стресових ситуацій.

Під час спостереження та опитування людей, які перебували у стресовому стані, було встановлено, що у кожного є своя унікальна **комбінація ресурсів адаптації** (Lahad, 1993, 1984; Niv, 1996; Shacham, 1996). Ця комбінація охоплює шість основних характеристик або параметрів, що становлять ядро індивідуального стилю боротьби:

- *Вірвання і моральні цінності.* Цей спосіб подолання кризи ґрунтується на вмінні вірити – віра у Бога, у людей або в себе самого.
- *Емоції та почуття.* Уміння усвідомити свої переживання та емоції, визнавати і називати їх. Потім спробувати виразити їх найбільш комфортним для людини способом. Вербально – усно в особистій бесіді або письмово у щоденнику або листі; невербально – у малюнку, ліпленні, музиці, рухах.
- *Соціальна сфера.* Прагнення до спілкування. Людина може звертатися по підтримку до сім'ї, до близьких або до професійних психологів. Або сама надавати допомогу іншим постраждалим, занурюватися в громадську роботу або створювати осередки допомоги.
- *Уява і творчість.* Творчі здібності, мрії, інтуїція та гнучкість. Здатність змінюватися, шукати рішення, уявляти змінене майбутнє і минуле.
- *Пізнання і думка.* Спосіб подолання криз, пов'язаний з ментальними здібностями, умінням логічно мислити, оцінювати ситуацію, осягати нові ідеї, планувати, аналізувати проблеми і вирішувати їх.
- *Фізіологічні ресурси.* Спосіб подолання криз, що передбачає фізичну активність тіла. Цей спосіб апелює до таких здатностей, як слух, зір, нюх, дотик, смак, відчуття тепла і холоду, болю і задоволення, орієнтування на місцевості, внутрішня напруга або розслаблення. Він містить у собі фізичні заняття різного роду, як-то зарядка або виконання релаксаційних та дихальних комплексів, ходьба, фізичні зусилля або робота, прогулянки на природі, прибирання, готування.

Важливо допомогти людині усвідомити й активізувати свої копінг-ресурси для подолання кризового стану.

Які основні нормативно-правові акти регламентують питання соціальної адаптації внутрішньо переміщених сімей з дітьми?

«Керівні принципи з питань переміщених всередині країни осіб», ухвалені Генеральною Асамблеєю ООН та Комісією з прав людини, містять положення щодо захисту від необґрунтованого переміщення, процесуальні гарантії, яких необхідно дотримуватись при переміщенні.

Особи, переміщені всередині країни, не можуть бути силоміць повернені або знову поселені у місцях, де є загроза їх життю, безпеці, здоров'ю або свободі. Сім'ї, розлучені у результаті переміщення, підлягають якнайшвидшому об'єднанню. Особам, переміщеним всередині країни, видаються всі документи,

необхідні їм для користування своїми юридичними правами, а органи влади мають сприяти заміні документів, які були загублені під час переміщення. Особлива увага приділяється жінкам та дітям – найбільш беззахисним категоріям громадян.

ВПО можуть користуватися всіма міжнародно визнаними правами людини і гарантіями гуманітарного права на додаток до тих прав, які вони мають у своїй країні як громадяни.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Закон України (№1706-VII від 20 жовтня 2014 р.) «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб»</p>	<p>Встановлює гарантії дотримання прав, свобод та законних інтересів ВПО. Законом встановлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поняття «внутрішньо переміщена особа»; • захист від примусового внутрішнього переміщення та примусового повернення на попереднє місце проживання; • порядок обліку ВПО; • формування Єдиної інформаційної бази даних про ВПО з метою обліку внутрішньо переміщених осіб; • підстави для скасування дії довідки про взяття на облік ВПО та внесення відомостей про це в Єдину інформаційну базу даних про ВПО; • порядок реєстрації місця проживання ВПО; • забезпечення прав ВПО на отримання документів, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус; • реалізацію прав зареєстрованих ВПО на зайнятість, пенсійне забезпечення, загальнообов'язкове державне соціальне страхування, соціальні послуги, освіту; • права та обов'язки ВПО; • повноваження Кабінету Міністрів України та центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування з питань забезпечення прав і свобод ВПО; • взаємодію органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з громадськими об'єднаннями щодо надання допомоги ВПО; • сприяння у наданні ВПО кредитів на придбання земельних ділянок, купівлю та будівництво житла
<p>Закон України (№ 835-VIII від 26 листопада 2015 р.) «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців»</p>	<p>Передбачає процедуру реєстрації юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, що може проводитися визначеними Міністерством юстиції України державними реєстраторами поза місцезнаходженням юридичної особи або місцем проживання, у разі збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, масових порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру</p>
<p>Закон України (№ 5067-VI від 5 липня 2012 р.) «Про зайнятість населення»</p>	<p>Визначає заходи сприяння зайнятості ВПО</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 509 «Про облік внутрішньо переміщених осіб»</p>	<p>Регулює механізм видачі довідки про взяття на облік ВПО, перелік необхідних документів для видачі довідки. Цим Порядком затверджено форму довідки про взяття на облік ВПО</p>
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 505 «Про надання щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг»</p>	<p>Визначає механізм надання щомісячної адресної допомоги ВПО для покриття витрат на проживання, у тому числі на оплату житлово-комунальних послуг</p>
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 8 липня 2015 р. № 505 «Про затвердження Основних напрямів розв'язання проблем зайнятості внутрішньо переміщених осіб на 2015-2016 роки»</p>	<p>Визначає основні напрями забезпечення зайнятості та підвищення конкурентоспроможності ВПО, джерела фінансування та очікувані результати реалізації Основних напрямів. Затверджує План заходів щодо працевлаштування та професійного навчання ВПО і відповідальних за їх реалізацію</p>
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 4 червня 2015 р. № 356 «Про затвердження Порядку забезпечення діяльності прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу, які перемістилися з тимчасово окупованої території або району проведення антитерористичної операції»</p>	<p>Визначає механізм забезпечення діяльності прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу, які перемістилися з тимчасово окупованої території або району проведення антитерористичної операції, а також виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною»</p>
<p>Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 червня 2014 р. № 588-р «Питання соціального забезпечення громадян України, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції»</p>	<p>Затверджує:</p> <ul style="list-style-type: none"> • План заходів, пов'язаних із соціальним забезпеченням громадян України, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції. • Склад Міжвідомчого координаційного штабу з питань, пов'язаних із соціальним забезпеченням громадян України, які переміщуються з тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2015 р. № 1094 «Про затвердження Комплексної державної програми щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року»</p>	<p>Метою Програми є розв'язання основних проблем громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, та зниження рівня соціальної напруженості серед них і в суспільстві; сприяння інтеграції та соціальній адаптації таких осіб за новим місцем проживання; допомога у створенні належних умов для життєдіяльності, забезпечення прав та реалізація потенціалу; надання соціальної, медичної, психологічної та матеріальної підтримки; створення передумов для компенсації завданої майнової (матеріальної) та моральної шкоди; створення сприятливих умов для добровільного повернення на місця попереднього проживання (за умови повного фактичного припинення бойових дій на територіях, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження). Затверджує План заходів з виконання Програми до 2017 року</p>
<p>Постанова Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 26 грудня 2014 р. № 37 «Про затвердження Порядку надання матеріального забезпечення за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції»</p>	<p>Визначає механізм надання матеріального забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції, за видами матеріального забезпечення:</p> <ul style="list-style-type: none"> • допомога з тимчасової непрацездатності (включаючи догляд за хворою дитиною); • допомога щодо вагітності та пологів; • допомога на поховання (крім поховання пенсіонерів, безробітних та осіб, які померли від нещасного випадку на виробництві)
<p>Постанова Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 11 грудня 2014 р. № 20 «Про затвердження Порядку надання страхових виплат, фінансування витрат на медичну та соціальну допомогу, передбачених зальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання для осіб, які переміщуються з тимчасово окупованої території і районів проведення антитерористичної операції»</p>	<p>Поширюється на фізичних осіб, які постійно проживають в Україні, яких змусили або які самостійно покинули своє місце проживання внаслідок (або з метою уникнення) негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, масових порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру і які мають право на страхові виплати та страхові витрати на медичну і соціальну допомогу відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» за фактичним місцем проживання (перебування)</p>

Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?

ВПО мають право отримувати всі передбачені чинним законодавством державні соціальні допомоги та виплати.

Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Примітка
Грошова допомога громадянам України, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України і переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції, а також стоять на обліку в структурних підрозділах з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, структурних підрозділах з питань соціального захисту населення виконавчих органів міських, районних у містах (у разі утворення) рад	Постанова Кабінету Міністрів України від 01 жовтня 2014 р. № 505 «Про надання щомісячної адресної допомоги особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції, для покриття витрат на проживання, у тому числі на оплату житлово-комунальних послуг»..	Грошова допомога призначається на сім'ю та виплачується одному з її членів, за умови надання письмової згоди довільної форми від інших членів сім'ї (далі – уповноважений представник сім'ї) про виплату грошової допомоги цій особі, у таких розмірах: <ul style="list-style-type: none"> • для непрацевдатних осіб (пенсіонери, інваліди, діти) – 884 гривні на одну особу (члена сім'ї); • для працевдатних осіб – 442 гривні на одну особу (члена сім'ї). Загальна сума допомоги на сім'ю розраховується як сума розмірів допомоги на кожного члена сім'ї та не може перевищувати 2 400 гривень. Якщо у складі сім'ї, якій призначено грошову допомогу, відбулися зміни, розмір грошової допомоги перераховується з місяця, наступного за місяцем виникнення таких змін, за заявою уповноваженого представника сім'ї або інформацією компетентного органу

Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?

Законом України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» визначено широке коло **суб'єктів для надання допомоги та забезпечення прав ВПО** та їх повноваження.

До кола суб'єктів, визначених Законом, на центральному та місцевому рівні належать:

- орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері міграції;
- орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері зайнятості населення та трудової міграції;
- орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сферах освіти і науки;

- орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері цивільного захисту;
- місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування.

Потужну роль у наданні послуг ВПО та їх сім'ям відіграють громадські організації.

Слід зазначити, що **повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування** передбачають створення умов для влаштування ВПО на новому місці проживання. До цих повноважень належить широке коло питань, серед яких:

- надання інформації ВПО про можливі місця і умови для їх тимчасового проживання/перебування з урахуванням пропозицій органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, волонтерських, благодійних організацій, інших юридичних та фізичних осіб, про стан інфраструктури, докілья у таких місцях;
- безоплатне харчування ВПО відповідно до законодавства на період до отримання такими особами статусу безробітних або їх працевлаштування, але не більше ніж один місяць;
- надання, у разі необхідності, ВПО медико-психологічної допомоги;
- надання у тимчасове користування ВПО житлового приміщення або соціального житла, придатного для проживання, за умови оплати зазначеними особами, відповідно до законодавства, вартості житлово-комунальних послуг;
- набуття, відповідно до законодавства, ВПО за місцем їх фактичного перебування прав на земельну ділянку із земель державної власності;
- допомога ВПО, за її клопотанням, у переміщенні рухомого майна, що було залишено за місцем проживання.

На рівні адміністрації або органу місцевого самоврядування питання, пов'язані з ВПО, вирішують конкретні підрозділи, установи, заклади, а саме (табл. 2):

Таблиця 2. Основні завдання установ щодо питань, пов'язаних із ВПО

Підрозділи, установи, заклади	Основні завдання
Територіальні підрозділи державної міграційної служби	<ul style="list-style-type: none"> здійснюють реєстрацію місця перебування ВПО; сприяють возз'єднанню сімей ВПО шляхом надання інформації внутрішньо переміщеній особі про місце фактичного перебування її членів сім'ї; у разі відсутності документів, що посвідчують особу та підтверджують її громадянство, здійснюють ідентифікацію ВПО; забезпечують оформлення, видачу, обмін, продовження строку дії документів, що посвідчують особу, та підтверджують громадянство України, за місцем фактичного перебування ВПО
Управління соціального захисту населення	<ul style="list-style-type: none"> видають довідку про взяття на облік ВПО; забезпечують внесення до Єдиної інформаційної бази даних про внутрішньо переміщених осіб відомостей про взяття на облік ВПО, у тому числі місце її фактичного перебування; забезпечують переведення допомоги за місцем фактичного проживання (перебування) або первинне призначення: допомога при народженні (усиновленні) дитини; допомога самотнім матерям; допомога опікунам та піклувальникам; допомога дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства; допомога малозабезпеченим сім'ям; тимчасова допомога на дітей, один із батьків яких ухиляється від сплати аліментів
Установи та заклади охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> забезпечують організацію надання медичної допомоги та медичного обслуговування, здійснення комплексних заходів щодо санітарно-епідеміологічної безпеки населення та карантинних заходів за місцем фактичного перебування ВПО
Центри зайнятості	<ul style="list-style-type: none"> надають консультацій у сфері зайнятості; сприяють працевлаштуванню ВПО; організують підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації
Установи та заклади освіти	<ul style="list-style-type: none"> створюють умови здобуття дошкільної, повної загальної середньої, позашкільної освіти, професійно-технічної, вищої освіти для ВПО
Служби надзвичайних ситуацій	<ul style="list-style-type: none"> здійснюють заходи з мінімізації та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, евакуації населення, надання екстреної медичної та першої психологічної допомоги
Управління Пенсійного фонду	<ul style="list-style-type: none"> забезпечують переведення пенсії за місцем фактичного проживання (перебування) та первинне призначення пенсії і перерахунок пенсії
Служби у справах дітей	<ul style="list-style-type: none"> здійснюють захист прав та надають допомогу дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування, опікунам, піклувальникам, прийомним батькам та батькам-вихователям; забезпечують влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, до закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, спеціальних установ і закладів соціального захисту для дітей

Підрозділи, установи, заклади	Основні завдання
Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	<ul style="list-style-type: none"> • здійснюють соціальний супровід сімей з дітьми, які потребують допомоги; • надають послуги соціально-психологічної підтримки, створюють умови для соціальної адаптації та інтеграції за новим місцем проживання
Центри первинної правової допомоги	<ul style="list-style-type: none"> • надають безоплатну первинну правову допомогу ВПО
Територіальні центри соціального обслуговування	<ul style="list-style-type: none"> • забезпечують стаціонарний догляд для громадян похилого віку, інвалідів I, II групи, які за станом здоров'я мають потребу в сторонньому догляді, побутовому обслуговуванні, медичній допомозі; • здійснюють догляд вдома для громадян похилого віку, інвалідів, які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги

Фактично всі з названих вище суб'єктів, за можливості, надають гуманітарну допомогу у вигляді одягу, взуття, продуктів харчування, інших предметів першої необхідності.

Більшість громадських організацій активізували свої ресурси для надання допомоги ВПО, розвивають нові проектні ініціативи, перерозподіляють ресурси поточних проектів на послуги для таких сімей та дітей.

ФСР/соціальному працівнику в громаді важливо знати, які і за якими напрямами на певній території працюють громадські організації, які категорії ВПО вони охоплюють своєю роботою (діти, жінки, уразливі соціальні групи, ті, які мають психологічну травму, інші), та з яких питань вони надають допомогу.



Важливою умовою ефективної допомоги є координація зусиль державних і громадських організацій, об'єднання їх ресурсів та підходів у роботі з ВПО. Практичний досвід засвідчує, що громадські організації є більш мобільними та гнучкими і досить швидко реагують на нововиявлені потреби. Водночас допомога державних організацій дає змогу ефективно вирішувати юридичні та соціальні питання, забезпечуючи право ВПО на державні соціальні стандарти і гарантії. Допомога має надаватися на засадах міждисциплінарного підходу. До міждисциплінарної команди доцільно долучати професійних психологів, а також, за потреби, психотерапевтів для подолання травматичного досвіду у ВПО.

У наданні соціальних послуг для ВПО можна використовувати також ресурси релігійних, молодіжних організацій, центрів надання допомоги соціально вразливим групам населення, гуртків, спортивних секцій.

Якими є особливості виявлення сімей/дітей з такою ознакою Вразливості?

Виявлення внутрішньо переміщених сімей з дітьми, які перебувають у кризовому стані та потребують психологічної і соціальної допомоги, може здійснювати будь-який спеціаліст, який співпрацює з ними у межах виконання службових обов'язків. Наприклад, працівник медичного закладу, який надавав членам сім'ї медичні послуги, або вчитель чи вихователь, який працює з дитиною і має змогу спостерігати за її поведінкою, проблемами. Активну участь у виявленні таких сімей беруть волонтери та працівники громадських організацій, які надають гуманітарну та інші види допомог, і з якими сім'ї вже встановили контакт.

Щоб виявлення відбувалось і було своєчасним, ФСР/соціальному працівнику доцільно поширити інформацію про свою діяльність та загалом діяльність центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді серед громадських організацій, інших надавачів соціальних послуг у медичних, навчальних та соціальних установах і закладах, на залізничних та автобусних вокзалах, куди прибувають сім'ї, у місцях компактного проживання.

Інформація має містити короткий та написаний зрозумілою мовою перелік послуг, що надаються, контакти та розклад роботи ЦСССДМ. Також необхідно надати ПІБ фахівця, до якого можна звернутися.

Які особливості проведення оцінки потреб?

Оцінка потреб є одним із важливих етапів надання допомоги. По суті, оцінка передбачає визначення потреб та ресурсів дитини та її сім'ї і паралельне надання першочергової допомоги.

Проводячи оцінку потреб ВПО, важливо звернути увагу на таке:

- фактори ризику;
- ступінь травматизації членів сім'ї (кожного з батьків і дитини) та особливості їх реакції на травму, чи потрібні сім'ї послуги психолога для подолання травми;
- чи переживає людина горювання за втратою, і на якій стадії горювання перебуває;
- якими ресурсами адаптації (копінг-стратегіями) володіють члени сім'ї для подолання життєвих труднощів;
- життєва/соціальна історія сім'ї до переміщення (як було раніше, які ресурси підтримували сім'ю і чи можна їх відновити); наявність чи відсутність складних життєвих обставин до переміщення;

- життєва компетентність батьків і дитини (життєві навички, які допоможуть у соціальній адаптації);
- наявність позитивної соціальної підтримки (соціальне оточення, громадські організації тощо).

Якщо під час оцінки члени сім'ї перебувають у стресовому стані, у них спостерігається підвищена тривога, агресія, спалахи гніву, фізичні негативні симптоми (хронічна втома, болі у м'язах, тахікардія, запаморочення, часте дихання, поганий сон, підвищена збудливість, відсутність апетиту тощо), важливо:

- стабілізувати стан (*«Те, що з вами відбувається, – це нормальна реакція людини на ненормальну ситуацію»*);
- допомогти оволодіти методами релаксації. Ці методи спрямовані на досягнення психічної рівноваги і зміцнення фізичного та морального стану людини²;
- залучити до роботи психолога.

Оцінка потреб проводиться за обов'язкової участі всіх членів сім'ї та із залученням суб'єктів соціальної роботи. На етапі оцінки важливо надавати людині інформацію, відповідаючи на її запити. Інформація є ресурсом для людини, оскільки вона опинилася в нових умовах проживання і може відчувати тривогу щодо більшості питань. Важливо пояснити, які структури, послуги і ресурси наявні в громаді, куди і як можна звернутися, які права ВПО і як отримати передбачену для них допомогу.

Батькам потрібно пояснювати можливі реакції дитини, які виникають у зв'язку з пережитим травматичним досвідом.

Як здійснюється планування роботи?



Планування роботи має відбуватися за обов'язкової участі ВПО.

Для складання індивідуального плану роботи слід:

- орієнтуватися на пріоритетні потреби ВПО та цілі сім'ї;
- визначити мету роботи, конкретні завдання та дії, необхідні для її досягнення, терміни їх виконання і виконавців.

Складаючи план роботи, важливо не брати на себе усю відповідальність за вирішення проблем ВПО, адже це може зменшити їх ресурси і сформулювати

² З методами релаксації можна ознайомитися у виданні: Гринберг Дж. Управление стрессом. - 7-е изд. СПб.: Питер, 2002. - 496 с.

споживацьке та пасивне ставлення. Тому необхідно передбачити обов'язкову участь ВПО у роботі шляхом визначення дій, які вони виконуватимуть.

Варто пам'ятати, що весь спектр потреб буде складно задовольнити, враховуючи, що люди починають будувати нове життя за новим місцем проживання. Тому необхідно працювати покроково, спочатку з пріоритетними потребами.

Плануючи роботу, слід зважати на такі обставини:

- наявність у родині складних життєвих обставин у мирний час;
- політичні розбіжності або протистояння між членами сім'ї;
- вступ членів сім'ї до збройних формувань протидіючих сторін;
- наявність у сім'ї осіб, які залишилися у зоні збройного конфлікту;
- члени однієї сім'ї перемістилися в різні місця проживання;
- частина сім'ї повернулася в зону збройного конфлікту після переміщення;
- інші суттєві обставини, які є нетиповими для мирного часу і визначають особливості допомоги будь-якого спеціаліста, чи то педагог, соціальний працівник, психолог, інші³.

При роботі з дитиною важливо розібратися в суті проблем дитини і разом з її батьками планувати діяльність, враховуючи, що оточення дитини може стати для неї ресурсним середовищем.

У складанні плану роботи слід зважати, що стабілізація сім'ї не завжди приводить до стабілізації особистості в сім'ї. Якщо хтось із членів родини потребує окремих індивідуальних послуг психолога/психотерапевта, потрібно це передбачити в плані. Важливо врахувати наявність симптомів, як-то складність управляти поведінкою, некерована агресія, суїцидальні відчуття, щоб вчасно надати терапевтичну допомогу.

³ Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. [та ін.] ; за ред. Волинець Л.С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.

Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?

Послуги для ВПО мають ґрунтуватися на таких засадах:

1. Людина та її потреби є основними у прийнятті всіх рішень.
2. Недопущення дискримінації. ВПО мають всі ті права, що і громадяни України.
3. Усі рішення мають прийматися вчасно. Всі етапи роботи, права ВПО, можливості подання скарг мають бути чітко роз'яснені.
4. Повага до ідентичності та життєвих поглядів (зокрема різних поглядів щодо причин та наслідків виникнення збройного конфлікту на Сході України).
5. Сприяння соціальній інтеграції та незалежності. Послуги мають бути спрямовані на розвиток автономії і незалежності від соціальних допомог та гуманітарної допомоги.
6. Комплексний підхід у наданні допомоги і залучення суб'єктів соціальної роботи, партнерських організацій.

Послуги/дії, заходи плану під час ведення випадку орієнтовані на:

- I. Задоволення потреб у зв'язку з переміщенням.
- II. Забезпечення соціальної та психологічної адаптації ВПО.

I. Розглянемо послуги/дії/заходи для **задоволення потреб у зв'язку з переміщенням**, які видаються найбільш оптимальними для внесення у план:

- 1.1. Посередництво у пошуку житла, сприяння в покращенні соціально-побутових умов, у наданні гуманітарної і натуральної допомоги (забезпечення одягом, взуттям, продуктами харчування, господарськими товарами першої необхідності тощо).
- 1.2. Інформаційно-просвітницьке консультування з актуальних для ВПО питань (вирішення соціальних проблем, інформування про послуги, наявні в громаді для ВПО, тощо).
- 1.3. Психологічна підтримка (психологічне консультування для нормалізації/стабілізації почуттів; оволодіння техніками релаксації для психічної рівноваги і зміцнення фізичного та морального стану; створення позитивного психологічного клімату, надання допомоги дитині, яка пережила стрес, навчання/розвиток копінг-стратегій тощо).
- 1.4. Сприяння у наданні консультації з юридичних питань (поставлення на облік ВПО кожного члена родини, у тому числі дітей, реєстрація за новим місцем проживання, відновлення втрачених документів, оформлення необхідних документів; права ВПО, оформлення соціальних виплат та допомог тощо).

II. Розглянемо послуги/дії/заходи **для соціальної та психологічної адаптації ВПО**, які видаються найбільш оптимальними для внесення у план:

- 2.1. Формування толерантного ставлення до ВПО; створення/розширення можливостей для ВПО брати участь у прийнятті рішень на рівні громади.
- 2.2. Індивідуальне представництво інтересів для вирішення соціальних і юридичних питань.
- 2.3. Психологічна/психотерапевтична допомога.
- 2.4. Організація змістовного дозвілля.
- 2.5. Створення груп взаємодопомоги і взаємопідтримки.
- 2.6. Допомога в організації зайнятості/навчання.

2.1. Формування толерантного ставлення до ВПО; створення/розширення можливостей для ВПО брати участь у прийнятті рішень на рівні громади.

Ця послуга передбачає залучення до її надання як ВПО, так і членів приймаючої громади та охоплює:

- виготовлення і розповсюдження соціальної реклами, проведення інформаційно-просвітницьких групових і масових заходів для формування толерантного ставлення до ВПО та розуміння їх потреб, створення платформи для активного залучення ВПО до життя громади;
- організацію зустрічей «Діалог у громаді», які спрямовані на залучення членів громади до спільного визначення проблем та аналізу того, що відбувається в громаді, з метою формування кращих змін для всіх, вирішення певних конфліктних ситуацій;
- залучення ВПО до допомоги іншим переселенцям.

«Діалог громади» має такі завдання:

- забезпечення більш глибокого розуміння між людьми, які мають різні погляди;
- пошук шляхів для позитивних змін щодо аспектів, які обговорюються;
- побудова мереж підтримки і допомоги, формування груп активістів;
- створення платформи, де всі можуть висловитися і почути один одного;
- розвиток відповідальності членів громади.

До зустрічей «Діалог громади» запрошуються ВПО та члени приймаючої громади, якщо є певні спірні питання, конфліктні ситуації, необхідність об'єднання зусиль у певному напрямі та прийняття спільних рішень. Такий діалог допомагає, коли члени приймаючої громади негативно ставляться до розміщення ВПО, мають дуже різні погляди щодо ситуації, пов'язаної зі збройним конфліктом. Діалог є інтерактивним та передбачає процес висловлення різних думок і в різних площинах (фактично кожен, хто бере участь у такій зустрічі, має отримати можливість висловитися).

Діалог веде фасилітатор. Етапи діалогу:

- виявлення та аналіз проблеми;
- визначення найкращих шляхів для подолання проблеми за пріоритетністю;
- спільне планування для реалізації шляхів (визначення конкретних дій і відповідальних осіб);
- окреслення способу моніторингу результатів.

Під час діалогу використовуються: відкриті запитання, розповідь життєвих історій, звертання до визначених термінів певних суспільних явищ, дискусія, притчі.

До таких програм можна залучати активних членів громади з числа ВПО тих, які мають певний досвід і готовність ним поділитися, тих, які готові вчитися і розвивати мережі підтримки. Ці програми є корисними, оскільки ВПО дуже добре розуміють проблеми і потреби тих, хто пережив подібний досвід. Ці програми охоплюють: наставництво, консультування на засадах «рівний – рівному», розроблення інформаційних та довідкових матеріалів, залучення і розповсюдження гуманітарної допомоги, організацію культурних, просвітницьких, благодійних та розважальних заходів за участі ВПО.

Завдання ФСР/соціального працівника *(залежно від можливостей як фахівця, так і організації, в якій він працює):*

- підготовка пропозицій до місцевої державної адміністрації, центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо розроблення та поширення інформації про діяльність центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, інших надавачів соціальних послуг, проведення інформаційно-просвітницьких групових та масових заходів для формування толерантного ставлення до ВПО і розуміння їх потреб, з метою узгодження плану дій та фінансування таких заходів;
- залучення громадських та благодійних організацій до підготовки і друку соціальної реклами про інформаційно-просвітницькі групові та масові заходи для формування толерантного ставлення до ВПО і розуміння їх потреб;
- участь у підготовці та проведенні інформаційно-просвітницьких групових і масових заходів для формування толерантного ставлення до ВПО та розуміння їх потреб;
- пошук та залучення активних членів громади, з числа ВПО для організації програм допомоги іншим переселенцям;
- сприяння розвитку програм допомоги іншим переселенцям через визначення потреб, залучення громадських та благодійних організацій до надання допомоги ВПО;
- організація зустрічей «Діалог громади».

2.2. Індивідуальне представництво інтересів для вирішення соціальних і юридичних питань.

Індивідуальне представництво інтересів може відбуватись за необхідності надання допомоги ВПО щодо вирішення питань в органах державної влади, у тому числі в ситуації, коли з певних причин у ВПО виникають труднощі з відстоюванням своїх прав або при спілкуванні із представниками різних підприємств, організацій, структур.

Завдання ФСР/соціального працівника (*залежно від можливостей як фахівця, так і організації, в якій він працює*):

- інформування щодо послуг, які ВПО можуть отримати у громаді;
- організація візитів ВПО до установ, служб, закладів тощо, які надають підтримку і допомогу. За потреби, ФСР/соціальний працівник здійснює візит спільно з ВПО;
- підготовка клопотань, запитів до різних організацій, установ, служб, закладів щодо надання необхідних послуг, допомоги ВПО;
- сприяння у забезпеченні доступу до ресурсів і послуг в громаді, встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами;
- сприяння в оформленні/відновленні документів, у тому числі щодо реєстрації місця проживання або перебування;
- допомога в розшуку рідних та близьких, відновленні родинних і соціальних зв'язків;
- оскарження дій чи бездіяльності посадових осіб, державних органів, прийнятих ними рішень;
- розвиток навичок самопредставництва у ВПО, роз'яснювальна робота щодо його прав.

За потреби, слід підготувати паспорт громади з переліком різних установ, організацій, служб, закладів, які функціонують у громаді і, зокрема, допомагають ВПО, та ознайомити отримувача послуг з ним. Паспорт громади має містити перелік адрес та контактів організацій, установ, служб, закладів із зазначенням осіб, до яких можна звернутись по допомогу або яких можливо залучити до роботи.

2.3. Психологічна/психотерапевтична допомога передбачає:

- індивідуальне та сімейне консультування; терапевтичні зустрічі з опрацювання травматичного досвіду, пережитого насильства, подолання стресових станів; підтримку членів сім'ї у проходженні фаз проживання травматичної ситуації; консультування батьків з питань профілактики травми дитини та створення для дитини підтримувального середовища; формування у членів сім'ї ресурсу для попередження вторинної травматизації та ресурсу на подальше життя, постановку життєвих цілей; З особливостями перебігу фаз проживання травматичної ситуації людиною можна оз-

найомитися у Розділі 2. «Соціальна допомога особам, які пережили травму чи втрату (зокрема, внаслідок стихійного лиха або війни)».

- створення психокорекційних груп та забезпечення їх діяльності. Такі групи є найбільш актуальними на початковому етапі кризи, поки травма ще свіжа, і люди перебувають у розгубленому стані. Групові зустрічі націлені на: усвідомлення травми і задіяння механізмів подолання стресу (копінг); зменшення стресових розладів (страхи, нав'язливі спогади, безсоння, нічні кошмари, дратівливість, депресія тощо); корекцію психосоматичних розладів та розвиток навичок подолання душевної кризи. У групових робочих сесіях, залежно від поставлених завдань, застосовуються такі психотерапевтичні методи: релаксаційні техніки, гештальт-терапія, біхевіористична терапія, психодрама, когнітивна терапія тощо. Суть таких зустрічей полягає у тому, що учасники можуть поділитися своїм травматичним досвідом, переживанням; та за допомогою уточнювальних запитань від фасилітатора чи інших учасників відновити послідовність травмувальних епізодів, вибудувати єдину картину події, що зумовлює відчуття когнітивної організації та допомагає подоланню травми.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- аналіз ресурсів територіальної громади щодо наявності послуг психолога/психотерапевта, можливості діяльності психокорекційних груп, до яких варто направити отримувача соціальних послуг;
- виявлення ВПО, які потребують психологічної/психотерапевтичної допомоги;
- мотивування, за потреби, ВПО до отримання психологічної/ психотерапевтичної допомоги та перенаправлення для отримання цієї допомоги.

2.4. Організація змістовного дозвілля ВПО має на меті:

- залучення ВПО до активного життя в громаді;
- сприяння розвитку творчих та інтелектуальних здібностей;
- формування здорового способу життя дітей та молоді;
- профілактику негативних явищ та ризикованої поведінки серед ВПО;
- популяризацію сімейних цінностей тощо.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- аналіз ресурсів територіальної громади щодо наявності гуртків, клубів для дітей та молоді, до яких можна влаштувати дітей та молоді з числа ВПО;
- допомога у влаштуванні дітей та молоді, з числа ВПО, до гуртків, клубів, інших виховних закладів, з урахуванням їх інтересів та здібностей;
- сприяння в організації культурних, просвітніх, святкових тематичних заходів для ВПО, із залученням членів приймаючої громади;
- проведення тренінгів, тематичних зустрічей для ВПО з питань здорового способу життя, профілактики негативних явищ та соціально небезпечних захворювань (можна проводити сімейні зустрічі за участі дітей і батьків).

2.5. Створення груп взаємодопомоги і взаємопідтримки.

Такі групи створюються за ініціативи та участі активних ВПО. Метою групи є набуття корисних навичок і залучення на місцях активних помічників з числа ВПО. Ці групи також сприяють формуванню згуртованості членів громади, розвитку їх самостійності, впевненості у власних силах. Групи можуть бути тематичними для здобуття певних знань, коли учасники пригадують власний досвід та діляться ним (наприклад, ефективна комунікація) та для психологічної підтримки.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- аналіз ресурсів територіальної громади щодо наявності таких груп, до яких можна було б скерувати отримувача соціальних послуг;
- визначення та активізація можливостей для діяльності груп (наприклад, пошук приміщення для проведення занять, залучення ініціативної особи з числа ВПО).

2.6. Допомога в організації зайнятості/навчання.

Цей вид допомоги передбачає надання ВПО інформації про можливості здобуття освіти, перекваліфікації та працевлаштування в громаді, підтримку під час пошуку роботи; допомогу батькам у влаштуванні дітей до виховних та навчальних закладів. Важливо працювати з молодими людьми, які закінчують навчальні заклади та шукають перше робоче місце.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- консультування ВПО про призначення та функції центрів зайнятості, молодіжних бірж праці, кадрових агенцій, обговорення можливості самостійного пошуку роботи шляхом аналізу вакансій та розміщення резюме;
- консультування батьків і молодих людей щодо вибору навчального закладу та можливостей вступу;
- допомога у поставленні на облік у центрі зайнятості;
- аналіз ресурсів територіальної громади щодо впровадження проектів/програм зайнятості ВПО, перенаправлення ВПО до таких проектів (це можуть бути програми розвитку підприємницької діяльності, виділення фінансування на початок власного бізнесу, безкоштовні навчальні курси для розвитку професійних навичок, програми тимчасової/сезонної зайнятості тощо);
- консультування зі складання резюме, особливостей проходження співбесіди з роботодавцем;
- сприяння у влаштуванні на навчальні курси з оволодіння професією;
- допомога у влаштуванні дітей до виховних та навчальних закладів (збір необхідних документів, підготовка листів-клопотань, за потреби, тощо);
- підтримка молодих людей під час працевлаштування на першому робочому місці з метою уникнення втрати місця роботи.

Які форми і методи доцільно використовувати у процесі соціальної роботи?

Форма	Орієнтовна тематична спрямованість
Індивідуальне та сімейне консультування	Консультування з актуальних питань, кризове консультування, консультування з опрацювання травматичного досвіду; консультування з планування та ведення випадку, оцінки успіхів, терапевтичні зустрічі; консультування батьків з питань профілактики травми дитини та створення для дитини підтримувального середовища
Групи вирішення проблем	Розвиток навичок вирішення проблем, набуття досвіду знаходження рішень у складних ситуаціях. Учасники групи навчаються на основі безпосереднього досвіду командної роботи і спільного прийняття рішення, що сприяє розвитку самостійності. Заняття можна проводити за участі як 3-4, так і 8-12 осіб. Групу веде фасилітатор, який структурує заняття, пояснює цілі і завдання, створює довірливу, продуктивну атмосферу. Тематика заняття обирається залежно від потреб. В основній частині групової роботи застосовуються два типи процедур: 1) мозковий штурм; 2) моделювання проблемної ситуації
Тренінги з розвитку життєвих навичок	Зайнятість/працевлаштування, ефективна комунікація, постановка життєвих цілей, захист прав, здоровий спосіб життя та профілактика соціально небезпечних хвороб, запобігання насильству, виховання та догляд за дітьми, формування сімейних стосунків, попередження конфліктів тощо
Телефонне консультування, телефон «гаряча лінія»	Консультування з питань реалізації та захисту прав ВПО; психологічна підтримка; консультування щодо координат організацій, установ та закладів, до яких можна звернутися по допомогу, перенаправлення

Які критерії закриття випадку?

Найкращим результатом є те, коли закриття випадку відбувається у разі досягнення цілей, передбачених у плані, і за взаємною згодою сторін (тих, хто отримував послуги, і тих, хто надавав).

Приймаючи рішення про закриття випадку, важливо врахувати рівень поліпшення становища ВПО та їх можливість інтегруватися в громаду.

Критерії, які можуть свідчити про поліпшення становища і ймовірність інтегруватися в громаду:

- поставлення ВПО на облік;
- наявність усіх необхідних документів (паспорта, пенсійного посвідчення, реєстрації, довідок та ін.);
- стабільний фінансовий дохід;

- тимчасова, з подальшими планами, або постійна зайнятість;
- діти влаштовані до навчальних, виховних закладів, беруть участь у соціальному та культурному житті;
- члени сім'ї отримують послуги охорони здоров'я (за потреби);
- наявність місця проживання, де є побутові умови, достатні для задоволення базових потреб;
- усвідомлення планів на майбутнє, мотивація до їх досягнення;
- нормалізація психологічного та емоційного стану;
- безпечні і стабільні відносини в сім'ї, підтримка членами родини один одного;
- наявність зовнішньої підтримки, сформовані стосунки в громаді;
- упевненість у своїй здатності справлятися з труднощами, незалежність від послуг, які надає організація.

Під час прийняття рішення про завершення випадку сторони повинні спільно визначити, чи вважати цілі плану успішно виконаними і наскільки.

Якими є основні рекомендації щодо роботи з внутрішньо переміщеними особами?

1. Треба усвідомлювати, що людина має власний досвід, цінності і переконання, і слід з повагою до цього ставитися.

Не варто очікувати від особи дотримання тих чи інших точок зору на ситуацію, що склалася на Сході України, і, тим більше, вступати у політичні дискусії, що можуть призвести до конфліктів. Пріоритетом у роботі мають бути потреби дитини та її сім'ї, повага до ідентичності отримувачів послуг та недискримінаційне ставлення.



Відповідно до Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», **дискримінація** – це ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними, зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами і свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними.

2. Слід зважати на те, що людина, яка пережила стрес, може потребувати більше часу на прийняття певних складних обставин свого життя, і відповідно, виконання плану роботи іноді потребуватиме більше часу.

Тому важливо виділити достатньо часу як для планування заходів, так і для їх реалізації. На початкових етапах роботи людина може звертатися до соціальної служби із запитом для задоволення базових потреб, для спілкування з людьми, які також пережили ці події і є переселенцями, для відвідування заходів з організації дозвілля батьків і дітей, для отримання психологічної підтримки. ФСР/соціальному працівникові важливо на цих етапах формувати довірливі стосунки, надавати інформацію щодо можливостей і видів допомоги, мотивувати отримувача послуг до участі у комплексній роботі з подолання складних життєвих обставин (якщо він потребує такої роботи).

3. Доцільно пояснювати батькам, що вони мають у всьому допомагати дітям і підтримувати їх, слугувати прикладом.

За обставин збройного конфлікту та вимушеного переселення нормальний процес розвитку дитини порушується, і для його відновлення необхідно подбати про безпеку та емоційну стабільність, насамперед на сімейному рівні. Потрібно виявити до дитини турботливість, створити для неї стабільний, зрозумілий розпорядок життя, бути готовими говорити з нею про те, що сталося. Діти, які пережили травматичний досвід, можуть відмовлятися виконувати певні дії, якими вони вже оволоділи, відповідно до віку (наприклад, дитина, яка їла самостійно, може просити батьків її погодувати, демонструючи, що вона сама не справляється). Це часто свідчить про потребу у додатковій турботі та увазі з боку батьків. Батьки мають бути готовими до цього, проявляти терпіння та допомагати дитині відновлювати необхідні знання і навички. У період адаптації до нової школи і класу дітям також важлива батьківська підтримка. Контакт батьків з учителем та робота зі шкільним психологом є обов'язковими, щоб вчасно виявити і попередити проблеми дитини.

4. ВПО внаслідок збройного конфлікту могли пережити насильство, емоційні або фізичні знущання, тому вони потребують першочергової допомоги у подоланні наслідків таких подій.

Важливо залучати ВПО до корекційних програм, програми психологічної реабілітації. Варто рекомендувати пройти необхідне медичне обстеження для виявлення хвороб і інфекцій, яких людина могла набути внаслідок насильства.

3 досвіду роботи

Соціальна історія

До сільського ЦСССДМ надійшло повідомлення, що в місці компактного проживання ВПО мешкає багатодітна сім'я і батьки не виконують належним чином батьківські обов'язки. У родині троє дітей: Андрійко, 2004 р. н., Миколка, 2008 р. н. та Наталка 2012 р. н. Мати дітей, Тетяна, 1980 р. н., має інвалідність, не працює, батько, Сергій, 1977 р. н., теж інвалід дитинства, працює неофіційно. На родину скаржились мешканці гуртожитку та комендант, що батьки не приділяють увагу дітям, ходять брудні, голодні, дуже часто виникають сварки між дітьми.

Під час проведення початкової оцінки було з'ясовано, що сім'я приїхала майже без жодних речей, у матері загострилася психічна хвороба, батько був розгублений, діти потребували влаштування до навчального закладу.

- Ця сім'я була взята під соціальний супровід ЦСССДМ у листопаді 2014 р.
- Спеціалісти надали допомогу у влаштуванні дітей до школи. Була проведена зустріч з педагогічним колективом і батьківським комітетом школи. У школі зібрали теплий одяг, канцтовари для дітей. Учителі допомагали дітям адаптуватися до школи і наздогнати у навчанні однокласників.
- Батьки були залучені до програми «Батьківство в радість», яка реалізовувалась на базі ЦСССДМ.
- Але після влаштування дітей до школи ситуація погіршилась. Батько працював, мати не завжди відправляла вчасно дітей до навчального закладу, потім діти зовсім перестали відвідувати школу. Ходили занедбані, у кімнаті було дуже брудно.
- Постало питання про вилучення дітей із сім'ї. Спеціалісти, провівши моніторинг ситуації і об'єднавши служби та оточення, дотичне до родини, почали разом із сім'єю вирішувати проблеми. Хлопчики прийшли медико-педагогічну комісію при районному відділі освіти. За висновками комісії їх влаштовано у спеціалізовану школу-інтернат.
- Мати дітей була направлена в лікарню. Сім'ї допомогли з оформленням документів на соціальні виплати. Були проведені зустрічі з мешканцями гуртожитку. Вони змінили ставлення до родини і зараз підтримують її.
- Для покращення психологічного стану дітей та всіх членів родини, вони були запрошені на місцеве свято, присвячене Дню сім'ї. Їх вітала місцева громада, була надана гуманітарна допомога. Усе це допомогло батьку родини швидше адаптуватися, відчувати підтримку, і його психологічний стан поліпшився.

Нині старші діти протягом тижня навчаються в інтернаті, на вихідні батько забирає їх додому. Мати проходить необхідне лікування. Сім'я отримує всі соціальні виплати. Батько працює, є волонтером зі збору допомоги воїнам АТО, бере активну участь у житті гуртожитка.

Список використаних джерел

1. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.
2. Руководящие принципы по вопросам о перемещении лиц внутри страны. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/internal_displacement_principles.shtml.
3. Травма и психосоциальная помощь : практическое руководство, основанное на опыте НПО Грузии / Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашвили Н., Сарджвеладзе Н.; Норвежский Совет по Беженцам. – Тбилиси/Баку, 2001.
4. Children and war: Risk, resilience, and recovery / Development and Psychopathology, 24, 553-558 by kind permission of Cambridge University Press.
5. War Exposure Among Children From Bosnia-Herzegovina: Psychological Adjustment in a Community Sample / Patrick Smith, Sean Perrin, William Yule, Berima Hacam and Rune Stuvland // Journal of Traumatic Stress. – April 2002. – Vol. I S, No. 2. – pp. 147-156 (Q 2002).
6. Working with national or ethnic, religious and linguistic minorities and indigenous peoples in forced displacement / United Nations High Commissioner for Refugees. – 2011.

Список рекомендованих джерел

1. Как помочь ребенку справиться с кризисом или стрессом. Дети, пережившие травму : руководство для взрослых / составитель – д-р Л. Р. Мошинская, по материалам лекции: Алан Коэн М. Сс. Хава Анкор М. А. и Мули Лахад Ph. D.
2. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Д. Бусько; наук. ред. К. Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). – Львів: Свічадо, 2014. – 120 с.
3. Практики громадських ініціатив. Допомога та підтримка внутрішньо переміщених осіб в Україні : збірка практик, створена та надрукована в рамках проекту ПРООН «Оперативне реагування на соціальні та економічні проблеми ВПО в Україні». Описи практик надані організаціями, що отримали підтримку в рамках конкурсу «Сприяння процесам відновлення життєдіяльності ВПО». – 48 с.
4. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська [та ін.]. – Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
5. Травма и психосоциальная помощь : практическое руководство, основанное на опыте НПО Грузии / Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашвили Н., Сарджвеладзе Н.; Норвежский Совет по Беженцам. – Тбилиси/Баку, 2001.

РОЗДІЛ

2

**СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА
ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ
ТРАВМУ ЧИ ВТРАТУ (ЗОКРЕМА,
ВНАСЛІДОК СТИХІЙНОГО
ЛИХА АБО ВІЙНИ)**

РОЗДІЛ 2. Соціальна допомога особам, які пережили травму чи втрату (зокрема, внаслідок стихійного лиха або Війни)

- У чому полягає сутність проблеми?
- Як розпізнати психологічну травму?
- Як впливає психологічна травма на розвиток дітей і підлітків?
- Якими є особливості переживання втрати дітьми та підлітками?
- Як впливає поведінка людини, яка пережила травму чи втрату, на функціонування сім'ї?
- Якими є особливості оцінки потреб сім'ї/дитини, яка пережила травму чи втрату?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують надання соціально-психологічної допомоги та підтримки особам, які пережили травму чи втрату?
- Хто може бути надавачем послуг для сімей/дітей, які пережили травму чи втрату?
- Яка допомога надається сім'ям/дітям, які пережили травму чи втрату?
- Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з особами, які пережили травму чи втрату?
- Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які пережили травму чи втрату?

Додаток 2.1. Методика Ельке Гарбі

Додаток 2.2. Методика «Депресія» (автор Е. Бек)

Додаток 2.3. Шкала самооцінки тривожності Ч. Спілбергера,
Ю. Ханіна

Додаток 2.4. Шкала депресії (Т. Балашова)

Додаток 2.5. Дитячі реакції на травму та перші кроки допомоги

Додаток 2.6. Психологічна травма в дітей: поради батькам

У чому полягає сутність проблеми?



Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, які володіють потужним негативним впливом, ситуації загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль для управління (опанування) наслідками впливу. Ці ситуації можуть бути нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (тривалість цих подій від кількох хвилин до кількох годин), або тривалими чи систематично повторюваними.

До числа травматичних ситуацій належать події, які:

- загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми чи поранення;
- пов'язані зі сприйняттям страхітливих картин смерті і поранень інших людей, стосуються насильницької або раптової смерті близької людини;
- пов'язані з присутністю при насильстві над близькою людиною або отриманням інформації про це, почуттям провини за смерть чи важку травму іншої людини тощо;

Не меншої травми можуть завдати і безпорадність перед обставинами, відчуття безсилля або дуже сильного страху.

Особливість більшості травматичних подій полягає в тому, що їх найчастіше вкрай складно або навіть неможливо передбачити і тим більше – взяти під контроль. Травматичні події здатні знищити впевненість у можливості позитивного результату і безпеки. Саме тому такі події роблять людей надзвичайно вразливими й ранимыми.

Як розізнати психологічну травму?

ФСР/соціальний працівник може зрозуміти, що людина зазнала психологічного травмування через наявність у неї певних ознак, зокрема психоемоційних і фізичних.

Психоемоційні ознаки:

- різкі зміни настрою (від апатії та повної байдужості до крайнього рівня роздратування і навіть до люті, яка може ставати абсолютно неконтрольованою);
- сильна туга, яку практично неможливо розвіяти ніякими способами;
- почуття безвиході, коли здається, що життя зупинилося і більше нічого хорошого не доводиться чекати;
- замкнутість, коли людина практично перестає спілкуватися з друзями та знайомими, відвідувати будь-які розважальні заходи, вечірки;
- людина не може ні на чому зосередитися, усе в неї «валиться з рук», нічого не виходить, вона постійно відчуває безпричинний страх, тривогу, навіть якщо не може зрозуміти, чим ця тривога викликана;

- втрата віри в людей, у порядність, дружбу, можливість отримати допомогу, тому людина відчуває себе самотньою, нікому не потрібною, втраченою.

Серед **фізичних ознак** психологічної травми найчастіше вирізняють такі:

- порушення сну, причому особливо часто спостерігаються нічні кошмари і безсоння, у результаті чого людина стає вразливою до захворювань;
- порушення ритму серцевих скорочень. Частіше відмічається пришвидшене серцебиття, але іноді воно може змінюватися уповільненням серцевого ритму, що пов'язано з нападами страху, які часто трапляються при психологічних травмах;
- скарги на гострий або хронічний біль різної локалізації (у ділянці серця, головний біль, біль у шлунку тощо). Іноді біль має лише психологічний характер, проте можуть бути й випадки захворювань не тільки з психологічним і психічним, а й фізіологічним складником;
- підвищена стомлюваність, причому не тільки фізична, а й психологічна, емоційна, коли немає сил не те що працювати фізично, але навіть думати, розмовляти, щось вирішувати, формулювати питання. Увага в такої людини теж порушується, вона не може зосередитися на чомусь одному, не здатна запам'ятовувати навіть найпростішу інформацію, тому що її думки постійно зайняті чимось іншим;
- м'язова напруга, тобто м'язи перебувають у постійному підвищеному тонусі і розслабити їх ніяк не вдається.

! І емоційні, і фізичні ознаки при психологічній травмі іноді зберігаються до кількох місяців. Проте навіть після зникнення такі ознаки можуть повернутися, якщо що-небудь знову нагадає про травмуючі події.

ФСР/соціальному працівнику важливо пам'ятати, що особливою травмуючою ситуацією є втрати. Людина зазнає певних втрат протягом всього життя. Втрата – це те, що Е. Кюблер-Росс назвала «маленькими смертями» життя.



Втратою є будь-яка ситуація, дійсна, потенційна чи усвідомлена, в якій цінний для людини об'єкт змінюється чи стає більше не доступним.

Виділяють різні **типи втрат**, зокрема такі:

- фактична втрата (факт цієї втрати вже відбувся, і він очевидний для інших, наприклад смерть людини, яку ми любимо, крадіжка особистого майна);
- уявна втрата (має сенс тільки для особи, яка її переживає, проте не відчутна для оточуючих);

- фізична втрата (пов'язана, насамперед, з фізичними стражданнями, з відчуттям фізичного болю. Це може бути втрата кінцівки внаслідок нещасного випадку, страждання від опіків, ушкоджень, ран);
- психологічна втрата (стосується, переважно, зміни сприйняття власне себе як індивіда, своєї ролі в сім'ї, у громаді, своїх стосунків та ставлення до себе).

Горе – це реакція на всі види втрат, проте в цьому посібнику акцентується увага на переживанні горя у відповідь на смерть. **Хронічне горе** характеризується значною тривалістю. Зазвичай люди знають, що вони не справилися з ним. Реакції на втрату є досить вираженими і можуть проявлятися протягом десяти і більше років.

Травматичні кризи – це гострі або тривалі кризи після нещасного випадку, вбивства, самогубства, хвороби, розлучення, інвалідності, катастроф, війни, революції, шкільного та виробничого стресу, смерті родичів, батьків, друзів, домашніх тварин тощо.

У осіб, які пережили психотравмуючу подію і «душевна рана» яких не може загоїтися сама по собі, з плином часу може розвинути **посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)**, серйозні емоційні та поведінкові розлади з показаннями до медичного лікування, астеничний синдром, порушення сну, пригнічення, депресія.

Під час роботи з особою, яка зазнала травмування чи втрат, варто пам'ятати про **фази постстресової реакції людини, яка пережила психотравмуючу ситуацію** (або фази проживання травматичної ситуації) (рис. 1).



Рис. 1. Фази постстресової реакції людини, яка пережила психотравмуючу ситуацію

Перший етап – фаза заперечення, або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактору, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, переважно, відносно нетривалий.

Другий етап – фаза гніву, агресії і провини. Поступово переживаючи те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина спрямовує агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап – фаза депресії. Після того як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу із ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: «Щоб я не робив, нічого не зміниш». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набути з того, що сталося, корисного життєвого досвіду.

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо людина, що зазнала травмуючої ситуації, не проходить фаз її проживання, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), серйозні емоційні та поведінкові розлади з показаннями до медичного лікування, як-от: астенічний синдром, порушення сну, пригнічення, депресія, впоратися з якими самостійно людина вже не може.

Як впливає психологічна травма на розвиток дітей і підлітків?

Травматичні події трапляються і в дитинстві: до 18 років у 30 % осіб є хоча б одна така подія. При цьому більшість травм, яких зазнають діти, це не техногенні чи природні катастрофи, а домашнє, шкільне насильство, «інституалізоване» скривдження, якого зазнають діти, які виховуються в інтернатних закладах. На жаль, більшість фактів кривдження дітей приховані, – залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти про насильство. Особливою категорією ризику є діти, які виховуються в сім'ях, що перебувають у складних життєвих обставинах, та вихованці інтернатних закладів. Статус дитини-сироти, її залежність від персоналу, постійне перебування у замкнутій системі зі своєю ієрархією, де відбувається боротьба за виживання, збільшують ризик не лише скривдження, але й того, що воно буде тривалим, повторюватиметься, а дитина не зможе звернутися до дорослих по допомогу⁴.

Реакція дитини на горе чи пережиту травму залежить від різних чинників, зокрема: від її віку, стадії розвитку та становлення особистості, від того впливу, який мала ця подія на її батьків чи інших членів сім'ї.

Реакції дітей на травмуючу ситуацію можуть бути такими:

- **заглиблення в себе** – спостерігається втрата довіри, інтересу до діяльності, небажання розмовляти чи регрес до більш інфантильної поведінки;
- **заикленість** – знаходить вияв у потребі знову переживати стресові події, наприклад через ігри та малюнки, що повторюються. Дитина може бути надмірно стурбована ймовірними подіями в майбутньому (які, на її думку, якимось обумовлені тим, що сталось), або ж ночами їй сняться жахи;
- **тривога** – у зв'язку із тривожним станом можуть виникнути проблеми з концентрацією уваги, нав'язлива поведінка, страх перед розлученням, безсоння, дратівливість і нестриманість;
- **фізичні симптоми** – часто спостерігаються головні болі й болі в животі. Також можливі затримки реакції. Іноді спочатку здається, що деякі діти добре справляються із ситуацією, але стресовий стан проявляється у них набагато пізніше, наприклад через кілька днів, тижнів або навіть місяців.

⁴ Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії.

Якими є особливості переживання втрати дітьми та підлітками?

Дорослим варто пам'ятати, що діти, які переживають втрату (зокрема, смерть значущої для них людини), потребують чесного і зрозумілого для них пояснення про смерть, але одночасно такого, яке не додало б їм страху перед померлим чи власною смертю. Наприклад, пояснюючи дитині, що померла особа тимчасово пішла від нас, можна змусити дитину чекати на її повернення, тим більше що діти і самі часто сприймають смерть як тимчасову відсутність. Уявлення смерті як тривалого сну може призвести до того, що в дитини розвинеться страх засинання. Досить легко більшість дітей сприймають пояснення про переселення душі, реінкарнацію тощо.

Діти віком 6-8 років стрімко розвиваються і вперше замислюються над поняттям «майбутнє». Вони починають розуміти, що «тато більше ніколи не буде з нами жити» чи «дідусь помер і ми його більше не побачимо». На цьому етапі розвитку в дітей може з'являтися почуття провини, але вони не усвідомлюють різниці між почуттями та діями. Вони вважають, що їх думки та бажання можуть привести до незворотних наслідків: «я кричала і плакала, тому що хотіла сидіти поруч з мамою, а не з татом, тому він від нас пішов», «через те що ми посварилися з дідусем, він помер». Працюючи з такими дітьми, важливо обговорити, що дитина не є причиною смерті близької людини. Також необхідно звертати увагу на фантазії та страшні сні дітей, оскільки в цьому віці вони заінтриговані самим процесом смерті і малюють у своїй уяві монстрів та привидів, яких бояться.

Діти віком 9-12 років починають розуміти, що таке смерть, і здатні виражати співчуття так само, як і дорослі, вони можуть зазнавати почуття гніву чи печалі, але не до кінця усвідомлюють, що з ними відбувається.

У цей період страх магічних явищ починає слабшати, діти стають більш орієнтованими на майбутнє. З'являється розуміння втрати близької людини, яке може стати причиною почуття безпорадності, безнадії. Зовні діти копіюють поведінку дорослих, вони усвідомлюють, що таке смерть, і можуть виявляти співчуття, але водночас у них іноді відбувається заперечення почуттів, неприйняття втрати і процесу переживання горя.

Для цього віку характерна статева ідентифікація, діти намагаються зблизитися з одним із батьків, частіше своєї статі, віддаляючись при цьому від іншого, тому втрата батьків своєї статі переживається болючіше.

Діти цього віку вже усвідомлюють свою смертність, що особливо їх лякає. Це, можливо, і посилює їх схильність до заперечення своїх почуттів. Тому, працюючи з означеною віковою категорією, важливо звертати увагу на почуття, думки і спогади про померлого, тоді і самим дітям, і дорослим буде легше

зрозуміти їхню складну і непередбачувану поведінку, яка насправді пов'язана з переживанням важкої втрати.

Діти віком 13-16 років можуть зазнавати почуття гніву і виплескувати його на однолітків чи членів сім'ї. Вони мають особистісні труднощі від прощання з дитинством і, можливо, з сім'єю, тому втрата близької людини в цьому віці дуже травматична, особливо для молодших підлітків, оскільки їх самооцінка може бути більш заниженою, ніж у старших. Якщо померла людина була дуже близькою дитині, то підліток може копіювати її поведінку, манери. Ідентифікація зі «старшим» природна для підліткового віку. Зазвичай вона триває недовго, проте, якщо занадто сильна ідентифікація з померлим триває, підлітку може знадобитися допомога в подоланні своєї агресії стосовно людини, яка покинула його на такій важливій стадії життя. Також можуть виникати депресивні чи агресивні почуття, оскільки підліток почне відчувати біль від втрати людини, з якою себе ідентифікував.

Діти віком понад 16 років переживають процес смерті як дорослі.

ФСР/соціальний працівник чи інші дорослі, що надають допомогу дитині, яка пережила втрату, мають знати про ознаки і симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей (табл. 3). Це дасть змогу визначити рівень травмування дитини та з'ясувати, яких фахівців потрібно залучати до роботи з дитиною.

Таблиця 3. Ознаки та симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей

(за даними Американського національного центру з ПТСР)

Вікова категорія	Ознаки та симптоми
Діти молодшого віку (1-6 років)	<ul style="list-style-type: none"> • безсилля і пасивність, відсутність звичайних реакцій; • генералізований страх; • підвищена збудливість і незібраність; • пізнавальна плутанина; • складність говорити про цю подію; • складність визначити почуття; • нічні кошмари, інші порушення сну; • страх розставання і «чіпляння» за близьку людину; • регресивні симптоми (наприклад, повернення нічного · нетримання сечі, втрата мовлення, рухових навичок); • нездатність збагнути смерть як неминучість; • соматичні симптоми (болі в животі, головні болі тощо); • підсилена реакція на гучні звуки; • «заморожування» (раптова нерухомість); • метушливість, нехарактерний плач; • уникання або тривога у відповідь на конкретні стимули, специфічно пов'язані з травмою, включаючи бачене і фізичні відчуття

Вікова категорія	Ознаки та симптоми
Діти молодшого та середнього шкільного віку (6-11 років)	<ul style="list-style-type: none"> • почуття відповідальності та провини; • повторювана травматична гра; • почуття тривоги при нагадуванні про подію; • нічні кошмари, інші порушення сну; • стурбованість з приводу безпеки, думки про загрозу; • агресивна поведінка, спалахи гніву; • страх почуття болю, травми; • пильна увага до тривоги батьків; • ухиляння від відвідування школи; • тривога/турбота про інших; • поведінкові, емоційні, особистісні зміни; • соматичні симптоми (скарги на біль); • очевидні тривога/страх; • схильність до усамітнення; • страхи, пов'язані з травмою, загальні страхи; • віковий регрес (поводиться як молодша дитина); • тривога розлуки; • втрата інтересу до діяльності; • плутанина думок, недостатнє розуміння травматичних подій; • відсутність чіткого розуміння явища смерті, причини «поганих» подій; • втрата здатності до концентрації на навчанні в школі, зниження успішності; • дивна або незвичайна поведінка
Підлітки (12-18 років)	<ul style="list-style-type: none"> • егоїстичність; • небезпечна для життя поведінка; • бунт удома або в школі; • різкі зміни у відносинах; • депресія, уникнення спілкування; • зниження успішності в школі; • спроба віддалитися і захиститися від почуттів сорому, провини, приниження; • надмірна активність з іншими людьми чи уникання відносин з іншими з метою врегулювання внутрішнього конфлікту; • схильність до переживання нещасних випадків; • бажання помсти, активність, пов'язана з відповіддю на травму; • порушення сну і харчування, нічні кошмари

Як впливає поведінка людини, яка пережила травму чи втрату, на функціонування сім'ї?

Переживання психологічної травми одним із членів сім'ї впливає на функціонування родини загалом. Людина може демонструвати надмірне почуття провини стосовно того, що залишилася живою, а інші загинули, що не все зробила для порятунку інших, тощо. Фобії й уникнення ситуацій або дій, які схожі чи пов'язані з причиною психологічного травмування, здатні впливати на міжособистісні зв'язки, призводити до сімейних конфліктів, розлучень, втрати роботи тощо.

Реакція людини в цей час непередбачувана, люди можуть прагнути, переживаючи горе, уникнути його, швидше з нього вийти, почекати, коли воно пройде. Втрата відбивається на всій сім'ї.



У роботі з такою категорією сімей важливо звернути увагу на вирішення таких завдань: запобігти розпаду сім'ї, відновити життєдіяльність сім'ї на нормальному рівні в нових умовах.

Разом із тим члени сім'ї можуть бути потужним ресурсом у роботі з людиною, яка пережила травму чи втрату. Адже у важких і напружених ситуаціях, драматичних подіях особистого та професійного життя, у суспільному житті людини саме сім'я і близькі стосунки стають тією єдиною сферою, що підтримує людину, надає їй сили для перетворення ситуації, вибору «варіанту життя».

Якими є особливості оцінки потреб сім'ї/дитини, яка пережила травму чи втрату?

Травми і втрати можуть різко змінити життя людини, вплинути на її емоційний та фізичний стан. Наприклад, дорослі іноді втрачають здатність контролювати себе, неадекватно реагують на звичайні життєві події. Такі дії дорослих можуть призвести до повторного травмування дитини. Тому ФСР/соціальний працівник має насамперед звернути увагу на те середовище, в якому перебуває дитина, та визначити, наскільки воно безпечне. Якщо існує загроза життю дитини, то ФСР/соціальний працівник повинен діяти відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 24 вересня 2008 р. № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини».

Під час проведення оцінки потреб дитини і її сім'ї важливо звернути увагу на емоційний стан членів родини: якщо він нестабільний, батьки чи дитина плачуть або перебувають у пригніченому емоційному стані, то оцінка може бути проведена і пізніше, після того, як стан дорослого чи дитини стабілізується та стане менш критичним. У таких випадках ФСР/соціальний працівник, який відвідує сім'ю, має її підтримати, зокрема:

- приймати реакції членів родини на горе; уникати критичних висловлювань (наприклад, «Ви вже повинні почуватися краще»);
- уникати раціоналізації смерті людини (наприклад, «Ви повинні радіти, що ваш близький більше не страждає»);
- уникати штучної розради (наприклад, «Я знаю, що ви відчуваєте»);
- відкрито реагувати на такі почуття, як провина, злість і втрата самооцінки;
- фокусуватися на почуттях, використовуючи слово для позначення почуттів (наприклад, «Ви все ще відчуваєте біль втрати близької людини»).

Здійснюючи оцінку потреб сім'ї/дитини, яка пережила травму чи втрату, слід враховувати рівень схильності сім'ї до кризи, що визначається трьома фак-

торами: рівень стресу, який переживає сім'я; умови життєдіяльності сім'ї; наявність у родині можливості звернутися по допомогу.

Слід пам'ятати, що:

- стрес, який переживають батьки, значно підвищує ризик для дитини;
- сім'ї, які опинилися у складних життєвих обставинах, малозабезпечені, здебільшого, постійно перебувають у стані стресу;
- ізоляція сім'ї, відсутність підтримки від інших, невміння використати наявні ресурси підвищують рівень ризику для дитини.

Тому **знайомство з особою і сім'єю**, які переживають горе, починається з виявлення їх особистого сприйняття сенсу втрати, визначення фази проживання травматичної ситуації. Важливо розуміти, що стадії переживання горя не завжди мають певну послідовність. Починаючи працювати з такими людьми, необхідно чітко уявляти очікувані результати роботи. Це може бути вербалізація почуттів горя, розділення горя з близькими людьми, прийняття втрати, відновлення діяльності і стосунків. Досягнення цих цілей потребує тривалого часу, деякі мають бути досягнуті поступово, за певною логікою. Наприклад, для того, щоб прийняти втрату, людина мусить спочатку розділити горе з іншими шляхом вербалізації своїх почуттів.

На етапі проведення **оцінки потреб** слід допомогти людині ідентифікувати і виразити відчуття та пов'язати їх зі змістом травми. Це дасть змогу зменшити емоційну напругу і, крім того, уможливить визначення кризи через окремі події та проблеми. Тобто, «гора», яку людина марно намагається «зсунути з місця», розпадеться на окремі «частини», які легше вирішувати.

Під час проведення оцінки ФСР/соціальному працівнику допоможуть зорієнтуватися відповіді на такі запитання:

- наскільки ситуація сприймається особою як загрозна;
- наскільки об'єктивно реальною була травмуюча ситуація для людини, дитини;
- наскільки близько до місця трагічних подій перебувала людина, що бачила дитина;
- наскільки в цю подію були залучені близькі, чи постраждали вони, якою була їх реакція. Це особливо важливо для дітей. Якщо батьки дуже хворобливо сприймають те, що сталося, і реагують панікою, дитина також не відчуватиме себе в безпеці.

Коли проводиться оцінка потреб дитини, важливо звернути увагу на її емоційний, фізичний стан (додаткові індикатори зазначено в таблиці 2.3 «*Ознаки та симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей*»).

Також під час контакту з батьками дитини або іншими дорослими варто з'ясувати якомога більше інформації, зокрема:

- коли сталася травмуюча ситуація, за яких обставин;
- наскільки активно дитина брала участь у стресовій ситуації (безпосередньо чи психологічна травма пов'язана з кимось із членів родини);
- як дитина поводитися під час психотравмуючої ситуації та чи надавали їй фахову психологічну допомогу;
- які зміни відбулися з дитиною після психотравмуючої ситуації (у її взаємодії з навколишнім світом, поведінкових реакціях, ймовірна поява психосоматичних захворювань або розладів сну тощо).



Професійна допомога людям, які переживають горе, основана на розумінні серйозності втрати для них. Але для того, щоб розуміти їх, необхідно вміти слухати, присвячуючи цьому достатньо часу. Спілкуючись з травмованою людиною, яка виявляє свої почуття і переживання, ФСП/соціальний працівник повинен демонструвати прийняття цих почуттів, навіть якщо вони не відповідають його очікуванням чи не збігаються з власною системою цінностей. Особливо важлива неосудлива манера спілкування тоді, коли людина проявляє гнів чи навіть ненависть. Професійний підхід також вимагає розуміння гніву людини з одночасним униканням персоналізації цього гніву і застосуванням поведінки захисту. «Фахівці, які надають допомогу, повинні демонструвати вербально і через неосудливе ставлення та вчинки, що виявляють горе не тільки прийнятний, але й дуже необхідний для зцілювального переживання втрати» (Р. Мак Грегор).

Не завжди вдається чітко окреслити проблему людини, яка переконана, що все погано і нічого змінити не можна. На цьому етапі відповідно до змісту конкретного випадку підбираються методики **психологічної діагностики** для вивчення психоемоційного стану, вищих психічних функцій і мотиваційної сфери особистості. Крім того, можуть бути застосовані опитувальники та тести для виявлення загальних характеристик кризової ситуації, типових форм реагування людини на неї. До таких засобів належать, зокрема, методика Ельке Гарбі (додаток 2.1), методика «Депресія» (автор Е. Бек, додаток 2.2), шкала самооцінки тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна (додаток 2.3), шкала депресії (автор Т. Балашова, додаток 2.4) та інші.

Які основні нормативно-правові акти регламентують надання соціально-психологічної допомоги та підтримки особам, які пережили травму чи втрату?

Назва документа	Регламентовані питання
Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР	Стаття 3 свідчить про те, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Утвердження та забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави
Закон України від 24 червня 2004 р. N 1859-IV «Про правові засади цивільного захисту»	Стаття 5 вказує на обов'язок захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, надання невідкладної психологічної, медичної та іншої допомоги потерпілим Стаття 13 передбачає необхідність запобігання або зменшення рівня негативного психологічного впливу на населення та своєчасного надання ефективної психологічної допомоги
Концепція психологічного забезпечення службової діяльності працівників Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій	Метою Концепції є поетапне створення у системі МНС України служби психологічного забезпечення, на яку б поклалися завдання із психологічного забезпечення діяльності підрозділів МНС України та психологічного захисту населення в умовах надзвичайної ситуації
Інструкції з організації психологічного забезпечення службової діяльності аварійно-рятувальних служб	Визначають мету, завдання та основні види діяльності психологів аварійно-рятувальних служб
Етичний кодекс соціальних працівників України	Регулюючий документ, який спрямовує соціальних працівників здійснювати соціальну роботу в багатьох функціональних сферах з метою задоволення потреб населення і розвитку потенціалу та можливостей особистості
Положення про психологічну службу системи освіти України	Положенням визначені основні завдання психологічної служби, зміст діяльності, тривалість робочого тижня практичних психологів та соціальних педагогів, структура та управління службою. Документ містить додатки про нормативи чисельності практичних психологів та соціальних педагогів у навчальних закладах
Етичний кодекс психолога	Регламентує діяльність працівників психологічної служби з питань дотримання норм професійної етики

Хто може бути надавачем послуг для сімей/дітей, які пережили травму чи втрату?

Робота з людиною, яка пережила психотравму, тривала і принципово різна безпосередньо після травмування та через певний час.

При формуванні команди фахівців, які будуть працювати з сім'єю чи дитиною/дорослим, важливо враховувати **підходи до надання допомоги людям, які пережили психотравму**, зокрема:

- **медичний** підхід пропонує лікування, організацію спеціальних місць для надання медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілітаційних центрів). Цей підхід розрахований на досить явні медичні прояви і наслідки стресу;
- **соціальна підтримка** спрямована на те, щоб допомогти людині вирішити соціальні проблеми, передусім знайти житло і роботу, налагодити взаємодію в соціумі;
- **психологічна підтримка** надається з метою допомоги в опрацюванні досвіду, що породжується самою стресовою травмою і труднощами пристосування до життя після неї, що дозволяє відчувати себе в гармонії з самим собою та іншими людьми, реалізувати свої можливості і розвиватися як особистості.

Ці три сторони – медична, соціальна і психологічна – утворюють «**трикутник допомоги**», який тим успішніший і ефективніший, чим більше його учасників усвідомлюють себе партнерами і вміють, за необхідності, гнучко розподіляти зусилля.

Якщо допомоги потребує дитина чи підліток, то до складу команди має входити ще й представник системи освіти (працівник психологічної служби навчального закладу, класовод чи класний керівник або інші).

Для надання ефективної допомоги важливо так організувати роботу команди фахівців, щоб не допустити повторного травмування людини (дотримуватися принципу конфіденційності, професійної етики тощо).

Розв'язання проблеми втрати є надзвичайно болючим процесом, і кожна людина повинна прийти до цього власним шляхом. Фахівці з психології та медицини лише допомагають їм рухатися цією нелегкою дорогою, яка може тривати місяцями і навіть роками.



Під час роботи з людиною, яка пережила травму чи втрату, важливо звернути увагу на ознаки, що свідчать про те, що людина потребує допомоги спеціалізованого фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра), зокрема:

- симптоми продовжують проявлятися через тривалий час після психотравмуючої події і при цьому не слабшають;
- змінилося ставлення до роботи;
- тривають нічні кошмари або безсоння;
- важко контролювати свої почуття, бувають раптові вибухи гніву, багато що злить, дратує;
- немає людини, з якою можна було б поділитися своїми переживаннями;
- відносини в родині сильно погіршилися; стосунки з товаришами, сусідами, знайомими теж дуже погіршилися;
- оточуючі кажуть «він/вона дуже змінився/лася»;
- з'явилися шкідливі звички, тягне більше випивати, курити, приймати «заспокійливі» засоби;
- з'явилися проблеми зі здоров'ям, яких раніше не було.

Яка допомога надається сім'ям/дітям, які пережили травму чи втрату?

Залежно від часу надання допомоги і від вирішуваних завдань можна виокремити екстрену, короткострокову і пролонговану психологічну допомогу.

Екстрена допомога необхідна безпосередньо після травмуючої події – у перші кілька днів. Вона надається також у разі гострої симптоматики, що з'являється в результаті додаткових стресів.

Короткострокова допомога надається протягом перших тижнів, місяців після психотравми. Якщо дитина чи дорослий не отримали такої допомоги своєчасно, то нерідко доводиться надавати її відстрочено. У цьому випадку така допомога виявляється менш ефективною і може потребувати більше часу.

Пролонгована допомога здійснюється протягом кількох років після психотравми.

Запропонований поділ значною мірою умовний. У реальному житті ці види допомоги нерідко надаються паралельно. Наприклад, екстрена допомога починається відразу після психотравми, на кризовому етапі, але триває також на етапі стабілізації. Короткострокова допомога починається на етапі стабілізації і триває на етапі відновлення. Пролонгована допомога починається на етапі відновлення і надається також на етапі інтеграції. Вона триває протягом двох років і більше.

Втрату звичного життєвого світу і частини себе у ситуації кризи неможливо заповнити лише матеріальною підтримкою чи закликком «взяти себе в руки». Основною формою надання допомоги має стати спеціально організований процес – **соціально-психологічний супровід особи, яка пережила травму чи втрату**.

Це цілісна та комплексна система соціальної підтримки і психолого-педагогічної допомоги, що надається в межах діяльності працівників психологічної і соціальної служб. На відміну від корекції, вона спрямована на пошук ресурсів особистості (чи сім'ї), опору на власні можливості та створення на цій основі психологічних, соціальних і педагогічних умов для відновлення ефективних зв'язків зі світом людей⁵.

У кожному конкретному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості, якій надається допомога, та ситуації, в якій здійснюється супровід. Діяльність супроводжувачів триває доти, доки не буде пройдено кризовий період. Результатом соціально-психологічного супроводу особистості повинна стати нова життєва якість – **адаптивність**, тобто здатність самостійно досягати відносної рівноваги у відносинах із собою та оточуючими як у сприятливих, так і в екстремальних життєвих ситуаціях.

Для розвитку навичок соціальної адаптації людини, яка пережила втрату, необхідно допомогти пережити стадії горювання. Розуміння цих стадій дає змогу відповідно планувати роботу.

Фази горювання при переживанні втрати⁶

1. Шок, заціпеніння (замороження): емоційна приглушеність, ступор.
2. Заперечення: «Ні! Це не зі мною! Цього не може бути!» (до 9 днів).
3. Гнів, гостра туга: напади гніву, самозвинувачення, тривожна активність.
4. Відчай, депресія: провина, перше прийняття, що супроводжується стражданням.
5. Прийняття, відновлення: спокій, печаль.

ФСР/соціальні працівники можуть допомогти людині пережити фази горювання у разі втрати близької людини такими діями:

- **слухати**. Люди, які пережили втрату, хочуть говорити про померлого, втрачене житло або інші речі, причини втрати і про свої почуття у зв'язку з подією;
- **запитувати** про втрати. Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи

⁵ Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. В. Сафонова. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 224 с.

⁶ Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.

про близьких померлого. «На кого він/вона був схожа?», «Чи є у Вас фотографія?», «Що він/вона любив/ла робити?», «Які Ваші найприємніші спогади, пов'язані з ним/нею?». Це тільки кілька питань, поставивши які, ми можемо проявити свій інтерес до прожитого життя;

- **підтримувати.** Якщо це доречно і людина не проти – обійміть. Дотик – це диво терапії; так ми висловлюємо свою турботу і увагу, коли словами важко виразити почуття. Навіть просто підтримка за лікоть краще, ніж холодна ізоляція;
- **випримувати мовчання.** Бувають випадки, коли після втрати люди ніби завмирають, беззвучно дивлячись у простір. Немає потреби заповнювати тишу словами. Ми повинні дозволити їм зануритися у свої спогади, наскільки б болючими вони не були, і бути готові продовжити розмову, коли вони повернуться у стан «тут і зараз».

Люди, які переживають горе, потребують заспокоєння і підтримки. Одним із механізмів, який допомагає забезпечити довготривалу допомогу, є так звані **групи підтримки**. У групи підтримки об'єднуються люди, які втратили близьких. Вони потрапляють у коло осіб, які перебувають у подібній ситуації. Це допомагає їм стати відкритими у вираженні своїх почуттів і зменшити тиск відчуття самотності та соціальної ізоляції, що часто трапляється в період переживання горя.

З досвіду роботи

Перебування серед людей, які зазнають подібних почуттів, – це і є власне мета груп підтримки. Вони допомагають нам не відчувати себе настільки самотніми за наших обставин. Вони дають нам розуміння, що інші мають такі самі почуття, як і ми, стосовно багатьох речей. Вони дають нам простір, щоб висловити наш біль, поговорити про тих, кого ми любили, дізнатися про ті емоційні та фізичні зміни, яких зазнає наша плоть. Вони дозволяють нам дослідити всі ці почуття в безпечному місці без осуду (М. М. Wong).

Група самопомоги «Дзеркало душі» (ГО «Джерело надії» с. Дружня Бородянського району Київської області) об'єднала людей, які зазнали психологічного травмування. «Люди йдуть до нас, - зазначили організатори проекту, - щоб відкрито обговорити проблему, порадитись, щоб просто зрозуміти, що вони не самотні».

Для відновлення нормального психологічного стану, особливо дитини, після пережитих подій, велике значення має **психокорекційна робота** із сім'єю загалом. Внаслідок травми порушуються нормальні дитячо-батьківські зв'язки, виникають симбіотичні або вимушено дистантні відносини між дитиною і батьками. У разі появи в дитини порушень поведінки батьки відчують свою некомпетентність і безпорадність та мимоволі сприяють закріпленню негативних поведінкових стереотипів: потурають дитячим примхам, надмірно гостро реагують на скарги, оберігають від зіткнень з найменшими життєвими труднощами.

Якщо психологічну травму пережили і батьки, і дитина, то темпи відновлення їх психологічного стану істотно змінюються. Зазвичай діти швидше повертаються до нормального емоційного рівня завдяки більшій психічній гнучкості й адаптивним можливостям. Стан батьків змінюється повільніше і перешкоджає нормалізації психічного розвитку дітей. Незважаючи на те, що батьки стурбовані наданням допомоги своїм дітям, недостатня критичність до власного психоемоційного стану нерідко змушує їх самих уникати психологічної допомоги. У зв'язку з цим особливу увагу слід звернути на залучення батьків до роботи над власними психологічними проблемами і труднощами. Для батьків ФСР/соціальні працівники мають надати рекомендації щодо ефективних засобів допомоги дітям, якщо їх реакції на травмування є неадекватними (додатки 2.5, 2.6).

У роботі із людиною, яка зазнала психологічного травмування чи переживає втрату, важливо визначити, що вона вирішила проблему і готова спокійно жити з цим далі.

У процесі горювання людина повинна вирішити **завдання**, виконання яких спеціаліст має супроводжувати⁷:

- 1. Визнати втрату.** Прикладом заперечення втрати є «муміфікація» – зберігається кімната, речі в тому вигляді, як це було при померлому. Інша форма – це заперечення незворотності події, віра в те, що сталася помилка, загинув хтось інший, надія на повернення загиблої людини тощо. Люди, схильні до заперечень, становлять групу ризику щодо розвитку патологічних реакцій.
- 2. Відчутти і прожити біль втрати.** Людина може тікати від болю – уникає тих місць та людей, які нагадують про втрату; не спати, щоб не бачити нічних жахів; виснажувати себе діяльністю, щоб не думати й не відчувати. Також не пережита до кінця втрата може виражатися в різних психосоматичних реакціях (болем у спині, головним боєм, гастритами). Важливо пояснити, що при втраті відчувати біль – це нормально. Треба пройти через цю стадію – адже уникаючи болю, ми його не позбуваємося, а тільки відкладаємо в часі й поглиблюємо. Важливо, щоб людина переживала свій біль. Якщо вона боїться або не може зробити цього сама, то потрібна допомога спеціаліста – психолога.
- 3. Змінити життя на новий лад,** перелаштуватися, особливо в тих аспектах, де відчувається відсутність померлого. Чим тепер людина займатиме свій час? Що замінить людині те, що вона втратила? Починають будуватися нові відносини, набуваються корисні навички. Якщо це завдання не вирішене, то людина зберігає свою безпорадність.
- 4. Вилучити емоційну енергетику зі старих відносин і перенести її в нові.**

⁷ За Дж. Вільямом Ворденном.

Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з особами, які пережили травму чи втрату?

Під час вибору найбільш ефективних методів роботи з дорослими або дітьми, які пережили травму чи втрату, ФРС/соціальному працівнику важливо пам'ятати про такі напрями допомоги:

- психологічна (кризова) підтримка, яку надає близьке оточення. Саме завдяки родичам та друзям стає можливою успішна соціальна реабілітація після отриманої психологічної та психотерапевтичної допомоги;
- психологічне консультування, що проводиться кваліфікованим психологом;
- психотерапевтична допомога та медикаментозне лікування. Такий вид допомоги надається психотерапевтами та психіатрами.

Тому свою роботу варто організовувати за такими етапами: етап кризової підтримки, стабілізації стану, реабілітаційний етап, залучаючи, за потреби, інших спеціалістів (психолога, медика).

- Метою етапу **кризової підтримки** є допомога у проживанні складного періоду горювання. У процесі консультативної допомоги можна використовувати такі комунікативні техніки: мовчання, емпатійне слухання, прояснення, рефлексивна вербалізація, інтерпретація, саморозкриття, конфронтація, підбиття підсумків. Також варто працювати з сім'єю, використовуючи її як ресурс для відновлення людини, яка пережила травму.
- Метою етапу **стабілізації стану** є нормалізація психічного стану отримувача послуг, покращення його самопочуття на соматичному рівні.
- Етап **реабілітації (адаптації до життя)** є етапом підтримувальної терапії. Можна запропонувати людині знайти новий сенс у своєму житті. Наприклад, особам, які пережили військовий конфлікт, втратили домівку або близьких людей, обов'язково потрібно шукати новий сенс існування. Це не може відбутися миттєво, потрібен час і підтримка спеціалістів (а також сім'ї, колег), щоб після пережитого сильного стресу сформувалася нова картина світу, й людина змогла генерувати нові смисли. На цих етапах ФРС/соціальний працівник може залучати психолога до роботи з отримувачем послуг (якщо це дитина, то обов'язково долучається практичний психолог навчального закладу, який проводить із дитиною корекційно-реабілітаційні заходи).

Ознакою ефективною психологічної допомоги вважається адаптація особи, яка перенесла втрату, до нових умов існування, нормальне функціонування в нових реаліях. Допомога є ефективною, якщо людина має бажання жити й радіти життю.

Для подолання наслідків впливу психологічної травми на особистість дітей та підлітків доцільно використовувати **елементи арт-терапії**.



Арт-терапія – це особливий напрям психотерапії та психокорекції, в основу якого покладено образотворчу діяльність. Саме мистецтво дає змогу в особливій символічній формі реконструювати травматичну подію і знайти з неї вихід.

На думку багатьох науковців, у осіб, які зазнали психологічної травми, з огляду на потужний психологічний захист і особливості нервових процесів, порушується здатність до вербального вираження почуттів. Образи травматичних подій закарбовуються у пам'яті як «спалахи», які передають усі найменші подробиці, немов фотографія. Образотворчі засоби, цього разу, надають унікальну можливість для відображення, усвідомлення та опрацювання травматичних спогадів.



Для професійного та ефективного використання арт-терапевтичних методик ФСР/соціальному працівнику необхідно мати додаткову кваліфікацію (спеціалізацію) «практичний психолог».

Малювання, ліплення, вправи з різними природними матеріалами, робота з казкою, метафоричними картками, фотографіями дають можливість дітям позбутися негативних переживань та віднайти ресурси для подолання наслідків травми.

З досвіду роботи

Зняти емоційне напруження дітям в ДНЗ «Центр розвитку дитини» м. Славутич практичний психолог допомагає, працюючи за авторською програмою «Хвилинка арт-терапії». В індивідуальній роботі з дітьми психолог використовує різноманітні методи, як-от: робота з крупами, валяння з вовни, створення мандал, пісочна анімація тощо.

Ефективним методом для пропрацювання емоцій є пісочна терапія. Зокрема, практичні психологи пропонують дітям техніку створення світлів за допомогою сухого та мокрого піску і колекції іграшок, у роботі з дитячою травмою використовують казку: малювання героїв, перетворення поганих казкових персонажів на добрих, складання власних казок. Ефективним інструментом роботи з дітьми, батьки яких беруть участь у бойових діях, є метафоричні картки («Morena», «Personita», «Креатив»).

В індивідуальній роботі з вихованцями дитячого будинку «Центр захисту дітей» психолог застосовує методики фототерапії, наприклад створення паперових фотоколажів та авторських фільмів з колекцій фото, які підлітки зробили власноруч.

Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які пережили травму чи втрату?

Під час роботи з дітьми та дорослими, які потрапили в психотравмуючу ситуацію, можуть виникати неадекватні реакції. Як у таких випадках мають діяти ФСР/соціальні працівники, які працюють з ними?

Алгоритм дій при тих чи інших психогенних реакціях⁸

Страх – це емоція, яка виникає в ситуації загрози біологічному існуванню людини і спрямована на джерело дійсної чи уявної небезпеки. До основних ознак страху належать напруга м'язів (особливо обличчя), сильне серцебиття, пришвидшене дихання, знижений контроль над власною поведінкою, зменшення слиновиділення (пересихання в роті). При реакціях страху свідомість звужена, людина погано себе контролює. Алгоритм дій:

1. Покладіть руку постраждалої особи собі на зап'ясток, щоб вона відчула ваш спокійний пульс. Це буде для неї своєрідним сигналом «Зі мною хтось поруч, я не сама».
2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
3. Якщо потерпілий щось каже, слухайте його уважно, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.
4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла (якщо це в певній ситуації доцільно).

Агресія – поведінка, при якій дії спрямовані на завдання фізичних або психічних ушкоджень. Основними ознаками є роздратування, невдоволення, гнів, удари руками чи будь-якими предметами, словесна образа, лайка, почервоніння шкіри, напруженість м'язів обличчя. Алгоритм дій:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.
2. Намагайтеся, за можливості, не дивитися прямо в очі агресивної людини, тому що це сприймається як виклик.
3. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з потерпілим, не звинувачуйте його, інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас.
4. Намагайтеся при сприятливій ситуації розряджати обстановку веселими коментарями чи діями.
5. Доручіть потерпілому роботу, пов'язану з високими фізичними навантаженнями.

Апатія – стан, що характеризується пасивністю, бездушністю. Може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; у ситуації, коли лю-

⁸ Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.

дина зазнає серйозної невдачі чи коли не вдалося когось врятувати, або у лихо потрапила близька людина. Основними ознаками апатії є байдуже ставлення до оточуючих, млявість, загальмованість, повільне, з довгими паузами мовлення. Алгоритм дій:

1. Поговоріть із потерпілим. Поставте йому кілька простих запитань: «Яке Ваше ім'я? Як Ви себе почуваєте? Чи хочете їсти?» і так далі.
2. Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватись (обов'язково зняти йому взуття).
3. Візьміть потерпілого за руку чи покладіть свою руку йому на чоло.
4. Дайте потерпілому можливість поспати чи просто полежати.
5. Якщо немає можливості відпочити (подія сталася на вулиці, у громадському транспорті, очікування закінчення операції в лікарні), то більше спілкуйтеся з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності (прогуляйтесь тощо).

Плач. Коли людина плаче, її організм виділяє речовини, що мають заспокійливу дію. Якщо людина стримує сльози, то емоційної розрядки не відбувається. Коли ситуація затягується, внутрішнє напруження може зашкодити фізичному і психологічному здоров'ю людини. Алгоритм дій:

1. Не залишайте постраждалого на самоті.
2. Встановіть фізичний контакт із постраждалим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плечі чи спину, погладьте по голові). Дайте йому відчуття, що ви поруч.
3. Застосовуйте прийом активного слухання – кивайте головою, підтверджуйте, що слухаєте та співчуваєте, повторюйте за постраждалим уривки фраз, у яких він висловлює свої почуття.
4. Не намагайтесь заспокоїти потерпілого: дайте йому можливість виплакати і виговоритись.
5. Не ставте питань, не давайте порад. Ваше завдання – вислухати.

Нервові тремтіння. Після надзвичайної ситуації досить часто у потерпілого з'являється неконтрольоване нервові тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм скидає напругу. Основні ознаки: раптові тремтіння (відразу після інциденту або через якийсь час), сильне тремтіння всього тіла чи окремих його частин (людина не може тримати в руках дрібні предмети). Алгоритм дій:

1. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.
2. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.
3. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати.

Не можна: обіймати потерпілого чи притискати його до себе, укривати чимось теплим, заспокоювати.

Ступор – це стан нечутливості, отупіння, нерухомості, який виникає в людини при психічних, травматичних ушкодженнях. Основними ознаками ступору є різке зниження чи відсутність довільних рухів і мовлення, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), стан повної нерухомості, можлива напруга окремих груп м'язів. Алгоритм дій:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.
2. Кінчиками вказівного та великого пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на чолі, над очима, посередині між лінією росту волосся і бровами, над зіницями.
3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підлаштуйте своє дихання під ритм його дихання.
4. Людина, перебуваючи у ступорі, може чути і бачити, тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні).
Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його зі стану загальмованості.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від надзвичайної ситуації настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Основними ознаками рухового розладу є різкі рухи, часто безглузді і безцільні дії, ненормально голосне мовлення, відсутність реакції на людей, що з нею спілкуються. Алгоритм дій:

1. Ізольуйте потерпілого від оточуючих.
2. Говоріть спокійним голосом про те, що він відчуває, що його хвилює в цій ситуації, що йому хочеться в цей момент.
3. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою **НЕ**.
4. **Пам'ятайте**, що потерпілий може заподіяти шкоду і собі, і оточуючим.

Істерика. Надзвичайні ситуації можуть викликати істеричні напади, що характеризуються підвищеною емоційною збудженістю і супроводжуються риданням. Основні ознаки: надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози, мовлення швидко, крик, ридання. Алгоритм дій:

1. Вилучіть глядачів, створіть спокійну обстановку (немає глядачів – немає й істерики). Залишіться з постраждалим наодинці, якщо це необхідно.
2. Говоріть із потерпілим короткими фразами, упевненим тоном.
3. Після істерики настає виснаження сил. Вкладіть потерпілого спати. До прибуття фахівців спостерігайте за його станом.
4. Не потурайте бажанням потерпілого.

Паніка. Це результат необізнаності, низької підготовки людей до дій у надзвичайних ситуаціях, відсутність психологічного загартування. Аби попередити паніку, необхідно із самого початку надавати правдиву інформацію про

надзвичайну ситуацію. Якщо паніка виникла, треба вживати термінових і невідкладних дій для її подолання. Алгоритм дій:

1. Слід відволікати, нехай на короткий термін, увагу людей від джерела страху або збудника паніки.
2. Необхідно перемикає увагу з дій панікера на людину мислячу, спокійну та розважливу.
3. У такій ситуації необхідні владні й голосні команди, чіткі й обґрунтовані розпорядження.
4. Як тільки паніка спаде – у людей виникає підвищена активність, її слід одразу використати, залучивши всіх до рятувальних або ліквідаційних робіт.

Якщо жодне з цих втручань не допомагає для емоційної стабілізації, проконсультуйтеся із медичним працівником чи фахівцем у сфері психічного здоров'я, оскільки можуть знадобитись медикаменти. Як людина, котра надає допомогу, ви можете змодельювати підтримувальні відповіді, на зразок: Рефлексивні коментарі: «З того, що Ви говорите, я бачу, як Ви б...»; «Виглядає, що Ви говорите...»; «Здається, що Ви є...». Уточнювальні коментарі: «Виправте мене, якщо я не маю рації, так звучить, ніби Ви...»; «Чи я маю рацію, якщо скажу, що Ви...». Підтримувальні коментарі: «Не дивно, що Ви відчуваєте...», «Це звучить дуже важко...»

Отже, коли людина справляється з психологічною травмою і набуває зі свого переживання важливого досвіду, вона стає більш зрілою особистістю. Незалежно від свого віку, вона стане психологічно дорослішою, ніж той, хто ніколи не стикався з людською трагедією, більше розумітиме життя і краще відчуватиме інших людей.

Список використаних джерел

1. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.
2. Внук М. Педагогика травмы : практическое пособие для педагогов, воспитателей и приемных родителей / М. Внук, У. Долыняк. – 166 с.
3. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту (лист Мінсоцполітики від 25.09.2014 № 48/56/235-14).
4. Овсянникова Я. О. Психологічна допомога дітям, які пережили психологічну травму внаслідок надзвичайної ситуації // Право і безпека. – 2012. – Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін. ; за ред. Волинець Л. С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.
5. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін. – Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
7. Шевченко О. Т. Психология кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. – К. : Здоров'я, 2005. – 117 с.

Список рекомендованих джерел

1. Алексеева И. А. Работа с детьми, пережившими психологические травмы. Методика группового тренинга / И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский и др. – СПб. : Речь, 2012. – 156 с.
2. Барцалкина В. В. Терапия последствий детских травм, депривации и насилия как профилактика аддиктивного поведения // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 36-42.
3. Василюк Е. Ф. Психология переживания. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.
4. Гарбузов В. А. Неврозы у детей и их лечение / В. А. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев. – СПб, 1977. – 93 с.
5. Дорозцева Е. Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. – М. : Генезис, 2006. – 128 с.
6. Екстремальна психологія : підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка – Х.: УЦЗУ, 2007. – 502 с.

7. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа : пер. с англ. / Д. Калшед – М. : Академ. проект, 2001. – 368 с.
8. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк.– К. : Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
9. Кризова психологія : навч. посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. – 383 с.
10. Левин П. А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик ; науч. ред. Е. С. Мазур. – М. : АСТ, 2007. – 316 с.
11. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 928 с.
12. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с.
13. Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса : учеб. пособие / Е. В. Пятницкая. – Балашов ; Николаев, 2007. – 140 с.
14. Самуэлс Э. Тайная жизнь политики / Э. Самуэлс – СПб. : ИЦ «Гуманитарная Академия», 2002. – 285 с.
15. Сборник материалов по профилактике и психотерапии посттравматического расстройства у детей. – К. : ПАДАП, 2014. – 122 с.
16. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку / Е. М. Черепанова. – М. : Академия, 1997. – 96 с.
17. Юл У. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф / У. Юл, М. Рут Уильямс // Детская и подростковая психотерапия: сборник / под ред. Д. Лейна, Э. Миллера. – СПб.: Питер, 2001. – 448 с.

Методика Ельке Гарбі⁹

Методику Ельке Гарбі «Техніка плану (проекції)» можна використовувати у роботі з дітьми, які перебувають у кризових ситуаціях і/або зазнали травми. Це метод придатний як для діагностики, так і для опрацювання травматичного досвіду. Дитину просять намалювати план місцевості, будинку, квартири, місця і т. д., де ймовірно могла статися травматизація або загрозові події для дитини. Для діагностування необхідно залишатися на рівні сприйняття (де знаходиться кімната, двері, де затишно, де погано, хто де спить, як виглядають шпалери, меблі, якщо Ви припускаєте, що травматизація відбувалася в будинку; також можна використовувати план місцевості, школи, табору, лікарні тощо). Далі слід переходити з цього рівня на рівень почуттів і думок та заохочувати їх вираження.

Алгоритм роботи такий:

1. Попросіть дитину на аркуші паперу намалювати олівцем план квартири (місцевості), де відбулася травматизація. Запитайте про вікна, двері. Кому яка кімната належить. Запитайте про те, які меблі, колір стін у кімнатах, і попросіть дитину намалювати це. План не повинен відповідати масштабу, важливо, щоб було уявлення про простір.
2. Тепер запропонуйте вибрати два олівці, які б представляли добро і загрозу/зло.
3. Нехай дитина намалює «добрим олівцем» усі місця, з якими у неї пов'язані приємні спогади («Де було добре?»; «Що і з ким ти там робив/робила?»). Намагайтеся, щоб дитина пригадала образи, щоб у неї ожили гарні спогади.
4. Попросіть дитину намалювати «поганим олівцем» місця, де вона відчувала себе погано.
5. Потім почніть опрацьовувати з дитиною приємні місця одне за іншим, запитуючи її про дії/зміст/почуття/атмосферу і сприяючи їх посиленню.
6. Попросіть дитину, починаючи з місця, де вона відчувала себе найменш погано, описати, що сталося там. Супроводжуйте дитину, уважно слухайте її, ставте додаткові запитання, що стосуються перебігу подій і конкретних дій (діагностика). Перейдіть на рівень почуттів/думок, якщо потрібна рефлексія («Як це відчувалося в тілі?; Що ти думав/думала?»).
7. Крок за кроком пройдіть усі погані місця. Для регулювання навантаження час від часу можна знову повертатися в «гарне місце», щоб «набратися» сил.
8. Робота з планом може тривати кілька сеансів.

⁹ Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. реком. / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська [та ін.]. – Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.

Додаток 2.2.

Методика «Депресія» (автор Е. Бек)¹⁰

Депресія може бути ситуативною, тобто реакцією на актуальний стрес, а може впливати зі способу нашого життя. У цьому випадку йдеться про стан, коли людина у всьому знаходить привід для сліз, навіть якщо з нею нічого поганого не відбувається, просто вона здригається від страху, очікуючи, коли «все це почнеться».

Інструкція. Прочитайте твердження, розташовані навпроти порядкових чисел, і виберіть ті з них, що найточніше визначають ваше самопочуття в цей момент. У межах пронумерованих позицій можна вибрати кілька тверджень. Отже, спочатку прочитайте всі пункти розділу, а потім оберіть ті, що дійсно вас стосуються.

1. а) я почуваюся добре;
б) мені погано;
в) мені весь час сумно, і я нічого не можу із собою вдіяти;
г) мені так нудно й сумно, що я не можу більше цього витримувати.
2. а) майбутнє мене не лякає;
б) я боюся майбутнього;
в) мене ніщо не радує;
г) моє майбутнє безпросвітне.
3. а) у житті мені здебільшого щастило;
б) невдач і провалів у мене більше, ніж у когось іншого;
в) я нічого не досягнув у житті;
г) я отримав повне фіаско – як партнер, дитина, на професійному рівні – одне слово, усяди.
4. а) не можу сказати, що я незадоволений;
б) зазвичай, я нудьгую;
в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я – як заведена машина;
г) мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) у мене немає відчуття, що я когось скривдив;
б) може я й скривдив когось, хоча сам того не бажав, але я про це нічого не знаю;
в) у мене таке відчуття, наче я всім приношу лише нещастя;
г) я погана людина, надто часто кривдив інших людей.
6. а) я задоволений собою;
б) іноді я почуваюся нестерпно;
в) часом я переживаю комплекс неповноцінності;
г) я зовсім нікчемна людина.
7. а) у мене немає враження, що я заслуговую на покарання;
б) я відчуваю, що мене покарано або буде покарано за якусь провину;
в) я знаю, що заслуговую на покарання;
г) я хочу, щоб життя мене покарало.

¹⁰ Л. Шнейдер «Девиантное поведение детей и подростков». – М.: Просвещение, 2005. – С. 165-193.

- 8.** а) я ніколи не розчаровувався в собі;
б) я багато разів розчаровувався в самому собі;
в) я себе не люблю;
г) я себе ненавиджу.
- 9.** а) я нічим не гірший, ніж інші;
б) інколи я можу помилитися;
в) просто жахливо, як мені не щастить;
г) я приношу всім навколо одні нещастя.
- 10.** а) я люблю й не кривджу себе;
б) іноді я хочу зробити рішучий крок, але не наважуюсь;
в) краще було б зовсім не жити;
г) я думаю про те, щоб покінчити життя самогубством.
- 11.** а) у мене немає причин плакати;
б) буває, що я й поплачу;
в) тепер я плачу постійно і не можу виплакатися;
г) раніше я плакав, а тепер якось не виходить, навіть коли дуже хочеться;
- 12.** а) я спокійний;
б) я легко дратуюсь;
в) я відчуваю постійне напруження;
г) мені тепер усе байдуже: речі, які раніше дратували, зараз мене ніби не стосуються.
- 13.** а) прийняти рішення мені не важко;
б) іноді я відкладаю рішення на потім;
в) приймати рішення для мене проблематично;
г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.
- 14.** а) я не думаю, що в мене поганий вигляд чи гірший, ніж раніше;
б) мене хвилює мій поганий вигляд;
в) у мене поганий вигляд, і що далі, то гірше;
г) я потворний, у мене просто відразлива зовнішність.
- 15.** а) щось зробити для мене не проблема;
б) мені доводиться на кожному кроці змушувати себе щось робити;
в) щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато докласти зусиль;
г) я взагалі нездатний що-небудь реалізувати.
- 16.** а) я сплю спокійно й добре висипаюся;
б) вранці я прокидаюся більше втомленим, ніж був до того, як заснув;
в) я прокидаюся рано й відчуваю, що не виспався;
г) іноді я страждаю від безсоння, інколи прокидаюся кілька разів за ніч, загалом я сплю не більше п'яти годин на добу.
- 17.** а) у мене збереглася колишня працездатність;
б) я швидко втомлююся;
в) я почувуюся втомленим, навіть якщо майже нічого не роблю;
г) я так утомився, що нічого не можу робити.
- 18.** а) апетит у мене такий, як і був завжди;
б) у мене зник апетит;
в) апетит у мене набагато гірший, ніж колись;
г) у мене взагалі немає апетиту.

19. а) бувати на людях мені так само приємно, як і раніше;
 б) мені доводиться змушувати себе зустрічатися з людьми;
 в) у мене немає ніякого бажання бувати в товаристві;
 г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
20. а) мої еротично-сексуальні інтереси залишилися на колишньому рівні;
 б) секс уже не цікавить мене так, як колись;
 в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;
 г) секс узагалі мене не цікавить, я втратив до нього бажання.
21. а) я почуваюся здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;
 б) у мене постійно щось болить, я живу на одній воді, у мене то понос, то запор – це створює багато проблем;
 в) з моїм здоров'ям серйозні проблеми, я весь час про це думаю;
 г) моє фізичне самопочуття жахливе, болі просто мучать мене.

Оцінка: а – 0 балів; б – 1 бал; в – 3 бали; г – 4 бали.

Підрахуйте загальну кількість балів (якщо в окремих позиціях ви вибрали не одне, а кілька тверджень, урахуйте їх теж).

Кількість балів	Рівень депресії
0-4	Відсутня
5-7	Легка
8-15	Середня
16 і більше	Висока

Шкала самооцінки тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна¹¹

Мета: дослідження рівня тривожності в певний момент (реактивна тривожність) та рівня тривожності як стійкої характеристики (особистісна тривожність).

Інструкція: Вам запропоновано ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них, виберіть із чотирьох можливих відповідей одну, яка, на Вашу думку, найбільш підходить до Вашого стану, і відмітьте її у анкеті.

	Ні (1 б.)	Швидше ні (2 б.)	Швидше так (3 б.)	Так (4 б.)
1. Я спокійний				
2. Мені нічого не загрожує				
3. Я перебуваю в напрузі				
4. Я відчуваю жаль				
5. Я відчуваю себе вільним				
6. Я розстроєний, мені дискомфортно				
7. Мене хвилюють можливі невдачі				
8. Я відчуваю, що відпочив				
9. Я схвилюваний				
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11. Я впевнений у собі				
12. Я нервую				
13. Я не знаходжу собі місця				
14. Я роздратований				
15. Я не відчуваю скутості, напруги				
16. Я задоволений				
17. Я заклопотаний				
18. Я надто збуджений, і мені не по собі				
19. Мені радісно				
20. Мені приємно				
21. Я відчуваю задоволення				
22. Я дуже швидко стомлююся				
23. Я легко можу заплакати				
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				
25. Нерідко я програю, тому що недостатньо швидко приймаю рішення				
26. Зазвичай я почуваю себе бадьорим				
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний				
28. Очікувані труднощі, зазвичай, дуже тривожать мене				
29. Я надто переживаю через дрібниці				

¹¹ Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – 616 с.

	Ні (1 б.)	Швидше ні (2 б.)	Швидше так (3 б.)	Так (4 б.)
30. Я цілком щасливий				
31. Я приймаю все надто близько до серця				
32. Мені не вистачає впевненості в собі				
33. Зазвичай я відчуваю себе в небезпеці				
34. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій та труднощів				
35. В мене буває хандра				
36. Я задоволений				
37. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу їх забути				
39. Я врівноважена людина				
40. Мене охоплює сильний неспокій, коли я думаю про свої справи та турботи				

Обробка результатів: підраховується сума балів, записаних при відповіді на твердження: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 – (), потім сума інших цифр відповідей № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – (). Далі обчислюється показник реактивної тривожності: $PT = -X + 35$. Аналогічним чином підраховується рівень особистісної тривожності: $OT = -Y + 35$, де, – сума балів – відповідей на твердження № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 38, 40. сума балів – відповідей на решту питань № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. Якщо отримана сума менша ніж 30 – це показник низької тривожності, 31-45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність.

Шкала депресії (Т. Балашова)¹²

Вік досліджуваного: з 14 років.

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Бланк для відповідей

№	Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди, коли я плачу або мене душать сльози	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю увагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмю	1	2	3	4
13	Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (-а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний (-а) і необхідний (-а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

¹² Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – С. 145-147.

Обробка та інтерпретація результатів:

Рівень депресії (РД) визначається сумою «прямого» і «зворотного» підрахунку. Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо 3 бали; у № 6 – відповідь 3 – ставимо 2 бали; у № 11 – відповідь 4 – ставимо 1 бал тощо.

«Прямий» підрахунок – твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

«Зворотний» підрахунок – твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20-80 балів:

20-50 балів – депресія відсутня;

50-59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;

60-69 балів – субдепресивний стан;

70-80 балів – високий рівень депресії.

Дитячі реакції на травму та перші кроки допомоги

Симптоми	Перші кроки допомоги
Вік 3-7 років	
Безпорадність, пасивність	Забезпечення підтримки, відпочинку, комфорту, їжі, можливості гратися і/або малювати
Генералізований страх	Відновлення захисту з боку дорослих
Пізнавальні труднощі (наприклад, не може зрозуміти)	Повторні конкретні роз'яснення ситуацій, очікуваних подій
Труднощі розпізнавання власних занепокоєнь	Ознайомлення з емоційними назвами загальних реакцій
Недостатність вербалізації – елективний мутизм, повторювані невербальні програвання травми, німі запитання	Допомога у вербалізації спільних почуттів і скарг (дитина ще не в змозі сприймати свої почуття окремо)
Приписування магічних властивостей спогадам про травму	Відділення травми від речових нагадувань (будинки, ящики для іграшок тощо)
Розлади сну (нічні страхи і кошмари, страх засинання, страх залишатися одному особливо в темряві)	Заохочення розповідей про них батькам і вихователям (малювання, ліплення того, що лякає)
Тривожна прихильність (чіпляння за дорослих, небажання перебувати без батьків)	Забезпечення постійної турботи і догляду (наприклад, заповнення, що його зустрінуть з дитячого садка/школи). Обмін пам'ятними предметами
Регресивні симптоми (смоктання пальця, енурез, белькотіння)	Терплячість дорослих щодо цих тимчасових проявів
Тривоги, пов'язані з нерозумінням смерті, фантазії про «лікування від смерті», очікування, що померлі можуть повернутися, напасти	Пояснення фізичної реальності смерті
Вік до 11 років	
Постійні думки про власні дії під час травматизації, стурбованість своєю відповідальністю і/або виною	Допомога у висловленні прихованих переживань, спровокованих подією
Специфічні страхи, що запускаються спогадами або перебуванням на самоті	Допомога в ідентифікації та висловленні спогадів, тривоги і в попередженні їх генералізації
Перекази і програвання події (травматичні ігри), пізнавальні повторення і obsесивна деталізація	Дозвіл говорити і гратися, аналіз спотворень, знання про нормальність почуттів і реакцій
Страх бути пригніченим своїми переживаннями	Стимулювання вираження страху, гніву, печалі і т.д. в підтримувальній присутності дорослого, щоб запобігти відчуттю захопленості переживаннями
Порушення концентрації та навчання	Мотивування повідомляти батькам і вчителям, коли думки і почуття заважають
Порушення сну (погані сни, страх спати одному)	Підтримка в оповіданнях про сни, пояснення, чому бувають погані сни

Симптоми	Перші кроки допомоги
Турбота про свою безпеку і про безпеку інших	Допомогти поділитися занепокоєнням, заспокоїти реалістичною інформацією
Порушена або нестабільна поведінка (наприклад: незвично агресивна чи безрозсудна поведінка, негативізм)	Допомога в оволодінні переживаннями, апеляція до самоконтролю (наприклад, сказавши: «Напевно, це важко – почувати себе таким сердитим»)
Соматичні скарги	Допомогти ідентифікувати пережиті під час події тілесні відчуття
Пильна увага до реакцій і одужання батьків, страх засмутити батьків своїми тривогами	Пропозиція спільних зустрічей з дітьми та батьками, щоб допомогти дітям поділитися інформацією з батьками – що вони відчують
Турбота про інші жертви і їх сім'ї	Заохочення конструктивних дій в інтересах постраждалих і загиблих
Страхи, викликані власними реакціями горя, страх привидів	Допомога у збереженні позитивних спогадів про те, що дитина робила у важкий момент
Підлітковий вік	
Погляд збоку, сором і вина (подібно до того, що буває в дорослих)	Спонування до обговорення події, пов'язаних з нею почуттів, і до реалістичного бачення того, що було можливо зробити, і що неможливо
Тривожне осмислення своїх страхів, почуття уразливості й інші емоційні реакції, страх здаватися ненормальним	Допомога в розумінні того, що здатність переживати такий страх – ознака дорослості, заохочення розуміння і підтримки в середовищі однолітків
Посттравматичні зриви (наприклад: використання наркотиків, алкоголю, делінквентна поведінка, сексуальні девіації)	Допомога в розумінні того, що така поведінка – спроба блокувати свої реакції на подію і заглушити гнів
Небезпечні для життя правила, саморуйнівна і віктимна поведінка	З'ясування спонук такої поведінки, повідомлення її наслідків, пов'язування їх з імпульсивністю, що веде до агресії
Різкі зміни в міжособистісних стосунках	Обговорення можливих труднощів у стосунках з однолітками і родиною
Бажання і плани помсти	Вислухати наявні плани, пояснити реальні наслідки їх виконання, заохочувати конструктивні альтернативи, здатні зменшити відчуття посттравматичної безпорадності
Радикальні зміни життєвих принципів, що впливають на формування ідентичності	Пов'язати принципи змін з впливом травми
Передчасний вступ в доросле життя (наприклад: вихід зі школи, сім'ї або небажання жити в будинку)	Заохочення відтермінованих рішень, щоб дати час осмислити реакції на травму і переживання горя

Психологічна травма в дитині: поради батькам¹³

Батьки можуть зробити дуже багато для відновлення стану своєї дитини після пережитих потрясінь і важких стресових ситуацій. Такими ситуаціями можуть бути небезпечні для життя автомобільні аварії, пожежі, повені, раптові захворювання або смерть близьких членів сім'ї, злочин чи насильство. Якщо ви пережили велике потрясіння чи горе, пам'ятайте про головне: час і підтримка неодмінно допоможуть вам знову стати на ноги.

Важливо порозмовляти про подію. Уважна й довірлива розмова допомагає виявити всі проблеми. Спробуйте зробити таке:

- Переконайте вашу дитину, що все вже в минулому, й вона у безпеці (але тільки якщо це дійсно так). Можливо, вам доведеться казати їй про це знову і знову.
- Прислухайтесь до своєї дитини. Серйозно поставтеся до її тривоги і почуттів.
- Нехай ваша дитина знає: вам важливо з'ясувати, що вона сама думає про те, що сталося, оскільки її думка вам дуже дорога.
- Розкажіть дитині про те, що сталося, але так, щоб це було доступно її рівню розуміння, не вдаючись до страхітливих подробиць. Використовуйте зрозумілу для дитини мову. Якщо ви спробуєте приховати від неї точну інформацію, вона буде заповнювати прогалини в розумінні на основі свого досвіду, наявною в неї інформацією та за допомогою своєї уяви, а це може ускладнити її стан.
- Переконайтеся, що ваша дитина не зробила будь-яких неправильних висновків. Наприклад, діти молодшого віку можуть вважати, що трагедії – це їх провина, тому що вони були неслухняними чи погано думали про когось.
- Поговоріть про подію в колі сім'ї. Дозвольте висловитись абсолютно всім, у тому числі дітям. Це допоможе кожному члену сім'ї подолати ізоляцію, зрозуміти та почути один одного, а також відчутти підтримку.
- Порозмовляйте з дитиною про те, як люди можуть реагувати на трагічні події. Розкажіть їй про різні прояви таких станів. Скажіть дитині, що в таких обставинах її почуття абсолютно природні й нормальні, переконайте її в тому, що з часом вона почуватиметься краще.

Ваша реакція дуже важлива. Те, як криза впливає на вас, ваші реакції на почуття й поведінку вашої дитини, відіграє величезну роль і справляє потужний вплив на здатність дитини впоратися з тим, що сталося, та вийти зі стресового стану. Що при цьому слід мати на увазі?

- Намагайтеся зрозуміти. Прийміть той факт, що зміни в поведінці вашої дитини, такі як істерики чи нічне нетримання сечі, можуть бути її реакцією на горе або стресові події.
- Приділіть дитині додаткову увагу, особливо перед сном, а також в інших випадках, коли вона перебуває не з вами, і її це дуже хвилює.

¹³ Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін.; за ред. Волинець Л. С. – К.: Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.

- Діти дивляться на своїх батьків, щоб зрозуміти подію, горе та знайти способи відреагувати й побороти його. Для розуміння своїх страхів і стресу, а також знаходження розради й підтримки їм необхідно, щоб дорослі були поруч. Якщо ви страждаєте й не можете впоратися зі своїми почуттями, реакціями або відносинами, важливо, щоб ви все-таки знайшли підтримку й допомогу для себе. Якщо ви цього не зробите, страх і душевні страждання дитини будуть тільки посилюватись.
- Делікатно й обережно порозмовляйте з вашою дитиною про свої почуття та дозвоьте їй розповісти про свої.
- Пам'ятайте, що всі люди різні й можуть виявляти різні емоційні реакції. Не очікуйте, що ваша дитина відчує те саме, що й ви.
- Дайте дитині відчути контроль над своїм життям. Навіть незначні рішення, такі як вибір між двома начинками для бутерброда, дають дитині почуття контролю над ситуацією. Це особливо важливо після душевного хаосу, який є наслідком кризи. У дітей, які почуваються безпорадними (і не відчувають контролю), зазвичай симптоми стресу мають більш виражену глибину.
- Не намагайтесь надто оберегати дитину. Бажання, щоб після пережитого всі члени сім'ї були поруч, – це нормально, але важливо також, щоб вона відчувала, що її власний світ – цілком безпечне місце для життя.

Дуже важливий розпорядок життя сім'ї. Пропозиції такі:

- Намагайтесь якомога більше дотримуватись вашого звичайного розпорядку дня. Щоденна передбачуваність звичного графіка діє на дітей заспокійливо.
- Запевніть вашу дитину в тому, що дуже скоро її звичний розпорядок дня відновиться. Певний час вона може бути не в змозі справлятися зі своїми щоденними справами, наприклад відвідувати школу або виконувати домашню роботу. Не тисніть на неї. Просто дайте їй час.
- Поки що не вводьте жодних змін, наприклад таких, як нові правила або більш суворі стандарти поведінки. Дочекайтесь більш сприятливого часу.
- Збережіть ролі в сім'ї такими, якими вони були колись. Наприклад, не наполягайте, щоб ваша дитина взяла на себе більше домашніх обов'язків, і не чекайте, що вона буде задовольняти емоційні потреби засмучених батьків.

Практичні стратегії для батьків. Пропозиції такі:

- Дозвольте вашій дитині проводити багато часу, граючи або займаючись рекреаційною діяльністю, наприклад спортом, улюбленими іграми з кращими друзями.
- Залиште час для веселощів. Сміх, весело проведений час і заняття для спільного задоволення можуть допомогти всім членам сім'ї відчути себе краще.
- Якщо апетит вашої дитини зменшився, не наполягайте на тому, щоб вона їла під час трьох основних прийомів їжі. Якщо в цей час вона не хоче їсти, просто запропонуйте їй постійні перекуси протягом дня.
- Переконайтеся, що ваша дитина достатньо відпочиває та спить.
- Залучайте дитину до якихось фізичних занять – це допоможе їй «спалити» хімічні речовини, що виділяються організмом під час стресу, а також зміцнить сон.
- Обмежте стимулятори, такі як цукор, яскраві продукти й шоколад.
- Допоможіть вашій дитині розслабитись фізично – теплі ванни, масаж, розповідь цікавих історій і часті обійми прекрасно допоможуть зняти м'язове напруження.
- Втручайтесь, якщо яка-небудь діяльність засмучує або тривожить вашу дитину, – наприклад телевізійне шоу, яке нагадує дитині про пережиту травму або посилює

занепокоєння, тривогу чи страх. Не бійтеся вимкнути телевізор, якщо зміст програми не сприяє відновленню дитини.



(!) Батькам треба пам'ятати:

- Діти й дорослі оговтаються від горя або важких переживань – для цього необхідні час і підтримка.
- Те, як ви самі долаєте кризу і як реагуєте на почуття й поведінку вашої дитини, матиме величезний вплив на її здатність пережити важкі події.
- Розповідайте дитині про факти події доступною для її розуміння мовою.

Але якщо ви стурбовані станом вашої дитини або відчуваєте, що не справляєтеся самостійно, звертайтеся по професійну пораду. Доречним початком у такій справі може стати відвідування вашого сімейного лікаря.

РОЗДІЛ
3

**ЗАПОБІГАННЯ
ВІДМОВАМ ВІД ДИТЕЇ
РАНЬОГО ВІКУ**

РОЗДІЛ 3. Запобігання Відмовам Від дітей раннього віку

- У чому полягає сутність відмови від дитини раннього віку як соціального явища?
- Якими є типові проблеми, труднощі жінок та сімей, які мають ризик відмови від дитини?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо запобігання відмовам від дітей раннього віку?
- Які соціальні виплати (допомоги) передбачені для жінок у зв'язку з вагітністю, пологами та народженням дитини?
- Хто може бути надавачем послуг для такої категорії жінок та їх сімей?
- Якими є особливості виявлення жінок, сімей з такою ознакою вразливості?
- Які особливості проведення оцінки потреб?
- Як здійснюється планування роботи?
- Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Які форми і методи доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з жінками та сім'ями, які мають ризик відмови від дитини?
- Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з особами, які мають такі ознаки вразливості?
- Соціальна історія 1
- Соціальна історія 2
- Модель надання соціальних послуг «Соціальна квартира»

Додаток 3.1. Індикатори оцінки психомоторного розвитку дитини раннього віку

Додаток 3.2. Психологічні методик для визначення показників батьківського потенціалу

Додаток 3.3. Картка оцінки випадку відмови або ризику відмови від новонародженої дитини

Додаток 3.4. Індивідуальний план роботи з отримувачем послуг

У чому полягає сутність Відмови Від дитини раннього віку як соціального явища?

Відмова матері від дитини є травмою як для дитини, так і для самої матері. На процес порушення механізму формування материнства великий вплив має попередній життєвий досвід жінки з моменту її народження, дитинства, юності і до появи на світ власної дитини. В умовах нашого суспільства така поведінка матері може характеризуватися як девіантна поведінка жінки щодо своєї дитини.

За даними багатьох досліджень, явище відмови від дитини є найбільш поширеним серед жінок у віці від 16 до 25 років, які, здебільшого, офіційно незаміжні, не мають постійного місця роботи та проживання, із досить низьким рівнем загальної та професійної освіти, схильні до нездорового способу життя, часто походять із нестабільних сімей, в яких відмічається порушення дитячо-батьківських зв'язків та внутрішньосімейних стосунків, нерідко ці сім'ї є неповними, мають низький рівень матеріального забезпечення та культурного розвитку.

Особистість багатьох жінок, не готових до материнства, формувалася переважно в атмосфері нехтування потребами, починаючи з базових – неповноцінність харчування, відсутність одягу, порушення відчуття безпеки та незабезпечення потреб вищих рівнів – в любові, належності до родини, бажаності, вираженні почуттів та емоцій, формуванні самооцінки та самореалізації. Багато з них були свідками, а деякі й об'єктами психологічного чи фізичного насильства, приниження гідності, суворого ставлення з боку батьків. Частина з них виховувалися в неповних сім'ях або були вихованцями інтернатних закладів, що позбавило їх можливості сформувати модель здорової, повноцінної, гармонійної сім'ї.

Аналіз дитячих спогадів матерів, які висловлювали бажання відмовитися від дитини, свідчить, що 70% з них мали нещасливе дитинство, постійно зазнавали емоційного та фізичного насильства з боку близьких людей. Тому з дитячих років у таких жінок формується своєрідна поведінкова матриця низької толерантності до відкритих форм агресії, тож власні життєві конфлікти вони вирішують зазвичай агресивними вчинками, у тому числі – стосовно своїх дітей.

Якими є типові проблеми, труднощі жінок та сімей, які мають ризик відмови від дитини?

Серед найбільш поширених **психологічних проблем жінок**, які мали намір відмовитися від дитини, соціальні працівники та психологи виокремлюють:

- психологічний інфантилізм та соціальна незрілість (*виражаються в затримці становлення особистості, коли поведінка людини не відповідає віковим вимогам; складності виникають переважно в емоційно-вольовій сфері: нездатність адекватно керувати власними емоціями, поведінкою, ідентифікувати та висловлювати почуття, приймати самостійні рішення, загалом – збереження дитячих якостей особистості*);
- зміщений локус контролю (*схильність перекладати відповідальність за ситуації на інших, уникати вирішення проблем*);
- високий рівень психологічної травматизації;
- низька, амбівалентна самооцінка;
- низький рівень стресостійкості;
- наслідки деприваційних явищ після перебування в інтернатному закладі;
- схильність до вживання алкогольних та/або наркотичних речовин.

До типових **соціальних проблем, труднощів сімей**, в яких є ризик відмови від дитини, можна віднести такі:

- низькі матеріальні доходи сім'ї, бідність;
- безробіття;
- відсутність родичів чи їхньої підтримки;
- наявність у сім'ї кількох неповнолітніх дітей, зокрема від попереднього шлюбу;
- відсутність власного житла або належних умов проживання у наявному помешканні (*житло не придатне для проживання дитини – не опалюється, відсутня електроенергія, в аварійному стані тощо*);
- відсутність позитивної моделі сім'ї та батьківської поведінки;
- відсутність настанови на материнство та прихильності до дитини;
- низький виховний потенціал жінки (*досвід вилучення старших дітей із сім'ї через неналежне виконання обов'язків утримання та виховання дитини*);
- відсутність реєстрації, документів, що посвідчують особу жінки, зокрема паспорта, свідоцтва про народження тощо).

Загалом виділяють такі **індикатори ризику** відмов у перші два роки життя дитини:

- небажана вагітність, нестабільний шлюб;
- позашлюбна вагітність;
- відсутність підтримки з боку батька дитини;
- сприйняття вагітності як перешкоди для самореалізації;
- вагітна дуже юного віку й особистісно незріла;
- майбутня мама постійно вагається, чи залишати їй вагітність, чи ні;
- вагітна вже раніше відмовлялась від своїх дітей, або вони виховуються в інтернатах;
- тривога з приводу своєї майбутньої некомпетентності в ролі матері, несформованість образу реальної домашньої ситуації після пологів і пов'язане з цим відчуття відсутності підтримки найближчого соціального оточення посилює тривожність;
- вагітна має високий ризик народження дитини з фізичними дефектами;
- мати в дитинстві страждала від жорстокого поводження з боку батьків чи занедбаності;
- мати мала часті зміни місця проживання за рік до пологів (понад два за 12 місяців);
- майбутня мати під час вагітності не відвідувала лікарів;
- мати проходила в минулому або проходить на цей момент психіатричне лікування;
- жінка є некомпетентною в ролі матері через очевидні емоційні проблеми;
- жінка є некомпетентною в ролі матері через знижені інтелектуальні можливості;
- нереалістичні очікування від дитини (це можна з'ясувати за відповідями на кілька запитань, що пропонуються майбутнім мамам для передбачення поведінки дитини і наслідків її народження для них);
- жінка під час вагітності у своїй поведінці немов ігнорує свій стан (веде дуже активний спосіб життя, змінює статевих партнерів, нерегулярно спостерігається у лікаря, вживає алкоголь);
- нехтує потребами новонародженої дитини¹⁴.

За допомогою розроблених індикаторів можна до народження дитини виділити групу матерів, які мають високу ймовірність пережити труднощі материнства, проаналізувавши життєву ситуацію жінки та її відповіді на ряд запитань, спеціально підготовлених відповідно до зазначених індикаторів.

¹⁴ Брутман В. І. Раннє соціальне сирітство як комплексна медико-соціально-педагогічна проблема. – М.: АСОПР, 1994. – 182 с.

Віковий фактор виділяється як один із багатьох, що зумовлює неготовність до материнства і, як наслідок, відмову від дитини; тому особливої уваги у контексті теми заслуговує **юне материнство**. За визначеннями різних дослідників, юне материнство обмежується 18-річчям, оскільки саме з цього віку в Україні фіксується «шлюбний вік» і настає повноліття.

Основними причинами юного материнства є: ранній вступ у пубертат у сполученні з лібералізацією норм і стандартів поведінки; ранній початок статевих відносин; незрозумілі статеві відносини з частою зміною партнерів; необізнаність щодо жіночої фізіології та контрацепції (за різними дослідженнями, близько 45 % підлітків, які живуть статевим життям, не використовують контрацептивів); відсутність ефективної системи превентивних програм; специфічні причини (зокрема, сексуальне насильство; вживання алкоголю, наркотиків).

Основними проблемами юного материнства є:

- фізіологічна неготовність підлітків до виношування дитини, що супроводжується великою кількістю ускладнень під час вагітності, народження недоношених, хворих чи травмованих малюків;
- психологічна та емоційна незрілість;
- відсутність позитивної моделі батьківської поведінки;
- вимушена ізоляція від середовища ровесників у важливий період становлення їх особистості;
- неможливість продовжувати навчання або проблеми із працевлаштуванням;
- перебування під «моральним тиском середовища» (наприклад, страх перед батьками та родичами змушує близько 40 % дівчаток тривалий час приховувати свою вагітність, не звертатись вчасно до гінекологів);
- дуже часто конфлікти на підставі вагітності підштовхують дівчат до залишення сім'ї, входження до асоціальних компаній, ставлять їх на шлях бродяжництва, секс-бізнесу;
- у зв'язку з вищепереліченими причинами – наслідком може бути агресія щодо народженої дитини та відмова від неї.

Серед загальних причин відмов юних мам від своїх дітей можна виділити такі: психологічна та емоційна неготовність; дуже низький рівень прибутків або їх відсутність; недостатність соціальної підтримки; брак будь-яких професійних навичок; неналежні побутові умови. У 80 % дівчат до 18 років репродуктивні установки негативні або ж відсутні взагалі.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо запобігання відмовам від дітей раннього віку?

Загальними нормативно-правовими актами, що регламентують питання соціальної підтримки різних категорій сімей з дітьми, у тому числі й жінок, які мають намір відмовитися від дитини, є Конституція України, Сімейний Кодекс України, Закони України «Про соціальні послуги», «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», а також підзаконні нормативно-правові акти, які встановлюють порядок надання соціальних послуг сім'ям з дітьми.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 р. № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини»</p>	<p>Регламентує порядок дій цих органів щодо виявлення дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі тих, які залишилися без батьківського піклування, надання статусу дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, тимчасового влаштування таких дітей.</p> <p>Цим Порядком передбачено негайне інформування закладами охорони здоров'я служби у справах дітей та центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді про дитину, яку мати, що не перебуває у шлюбі, не забрала з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я. На центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді покладено обов'язок з'ясувати обставини відмови матері від дитини та провести у разі потреби роботу із соціальної підтримки матері з метою зміни її намірів і створення сприятливих умов для виконання нею обов'язків щодо виховання та утримання дитини.</p> <p>Також цією постановою затверджено Типове положення про комісію з питань захисту прав дитини</p>
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 р. № 879 «Про затвердження Типового положення про соціальний центр матері та дитини»</p>	<p>Регламентує діяльність соціальних центрів матері та дитини.</p> <p>Визначає мету і завдання діяльності соціальних центрів матері та дитини, послуги, що надаються, порядок зарахування до закладу, категорії осіб, які можуть скористатися послугами центрів, а також тих, хто не може бути зарахований до центру, підстави та порядок відрахування з центру</p>
<p>Наказ Державної соціальної служби від 10.06.2011 р. № 23 «Про затвердження Стандарту надання соціальних послуг центром матері та дитини»</p>	<p>Встановлює основні вимоги до змісту, обсягу та процесу надання послуг, що надаються стаціонарно вагітним жінкам і матерям з дітьми, які опинилися у складних життєвих обставинах, що можуть стати причиною відмови матері від дитини.</p> <p>Визначає основні завдання соціальних центрів матері та дитини, цільову групу центрів, послуги, які надаються (соціально-побутові, соціально-медичні, соціально-педагогічні та психологічні, допомога в соціалізації) та їх зміст, перелік обов'язкової документації, яка повинна вестися у центрах матері та дитини, вимоги до ведення документації.</p> <p>Наведені визначення термінів: індивідуальний план роботи з отримувачем послуг, мультидисциплінарна команда, оцінка потреб отримувача послуг, ведення випадку.</p> <p>Також визначає основні показники якості послуг, що надаються центрами</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
Наказ Державної соціальної служби Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 29.10.2010 р. № 61 «Про затвердження Інструкції щодо здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціальної роботи з профілактики раннього соціального сирітства у пологовому стаціонарі»	<p>Визначає порядок здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціальної роботи у пологових стаціонарах, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> • зміст та етапи роботи з жінками, які виявили намір або мають ризик відмови від новонародженої дитини; • форми, за якими здійснюється документування соціальної роботи; • об'єкти соціальної роботи з профілактики раннього соціального сирітства; • зміст послуг, що надаються жінкам; • вимоги до надавачів соціальних послуг

Які соціальні виплати (допомоги) передбачені для жінок у зв'язку з вагітністю, пологами та народженням дитини?

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно-правовий акт, яким встановлені	Примітка
1	Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» (від 21.11.1992 р. № 2811-XII)	<p>Право на цей вид допомоги мають всі жінки (у тому числі неповнолітні), які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування (непрацюючі жінки).</p> <p>Підставою для призначення жінкам допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами є видана в установленому порядку довідка лікувального закладу встановленого зразка та довідка з основного місця роботи (служби, навчання), або довідка державної служби зайнятості для жінок, зареєстрованих як безробітні.</p> <p>Жінкам, які працюють, цей вид допомоги призначається за місцем роботи (служби) на підставі листка непрацездатності у зв'язку із вагітністю і пологами. Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами призначається, якщо звернення за нею надійшло не пізніше шести місяців з дня закінчення відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами</p>

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно-правовий акт, яким встановлені	Примітка
2	Допомога при народженні дитини	Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» (від 21.11.1992 р. № 2811-XII)	Допомога батькам при народженні дитини призначається на підставі свідоцтва про народження дитини. Допомога при народженні дитини призначається за умови, якщо звернення за її призначенням надійшло не пізніше дванадцяти місяців з дня народження дитини. Частина допомоги у визначеному законодавством розмірі виплачується одноразово, решта суми – протягом наступних 36 місяців рівними частинами
3	Допомога на дітей одиницею матерям	Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» (від 21.11.1992 р. № 2811-XII)	Право на цей вид допомоги мають одинокі матері (які не перебувають у шлюбі), якщо у свідоцтві про народження дитини відсутній запис про батька або запис про батька проведено в установленому порядку органом державної реєстрації актів цивільного стану за вказівкою матері дитини. Право на допомогу на дітей одиницею матерям має мати (батько) дітей у разі смерті одного з батьків, які не одержують на них пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію. Жінка, яка має дітей від особи, з якою вона не перебувала і не перебуває в зареєстрованому шлюбі, але з якою вона веде спільне господарство, разом проживає і виховує дітей, права на одержання допомоги, встановленої на дітей одиницею матерям, не має. При реєстрації цієї жінкою шлюбу з особою, від якої вона має дітей, допомога на дітей, народжених від цієї особи, не призначається
4	Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям	Закон України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» (від 1.06.2000 р. № 1768-III)	Встановлена для сімей, середньомісячний сукупний дохід яких нижчий ніж встановлений законодавством рівень забезпечення прожиткового мінімуму (визначається щорічно законом про Державний бюджет України на відповідний рік). Розмір допомоги обчислюється для кожної родини з урахуванням середньомісячного сукупного доходу сім'ї

Усі види державної допомоги сім'ям з дітьми та державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям призначають і виплачують органи соціального захисту населення за місцем проживання сім'ї.

Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» встановлює **підстави для припинення виплати** цього виду допомоги, зокрема у разі:

- позбавлення отримувача допомоги батьківських прав;
- відібрання дитини в отримувача допомоги без позбавлення батьківських прав;
- тимчасового влаштування дитини на повне державне утримання;
- нецільового використання коштів і незабезпечення отримувачем допомоги належних умов для повноцінного утримання та виховання дитини.

Хто може бути надавачем послуг для такої категорії жінок та їх сімей?

Робота з цією категорією жінок, їх дітьми та сім'ями насамперед ґрунтується на принципі міжвідомчої взаємодії, оскільки до вирішення проблем долучаються представники органів влади та органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, ССД, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо.

Послуги для жінок, які мають чи мали намір відмовитися від дитини раннього віку, та самій дитині надають переважно у:

- жіночих консультаціях;
- консультаційних пунктах при пологових будинках;
- дитячих поліклініках;
- соціальних центрах матері та дитини;
- центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- закладах соціального захисту, соціального обслуговування та інших закладах різних форм власності у місцевих громадах (центри соціально-психологічної допомоги, кризові центри, центри соціальної підтримки сімей та дітей, сім'ї патронатного вихователя тощо);
- громадських організаціях та благодійних фондах.

Законодавче унормування запровадження сімейного патронату створює умови для надання неповнолітнім вагітним та неповнолітнім матерям з немовлятам послуг з догляду, виховання та реабілітації дитини в сім'ї патронатного вихователя на період подолання кризи та формування готовності жінки до виконання материнських обов'язків.

Якими є особливості виявлення жінок, сімей з такою ознакою вразливості?

Виявлення жінок, які мають намір відмовитися від новонародженої дитини, здійснюється шляхом:

- інформування закладами охорони здоров'я служби у справах дітей та центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді про дитину, яку мати не забрала з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я;
- особистого звернення жінки, яка має намір відмовитися від дитини або перебуває у складних життєвих обставинах, що можуть призвести до відмови матері від дитини;
- повідомлення від суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, установ, організацій та закладів різних форм власності та окремих громадян про сім'ї (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах.

Залежно від того, на якому етапі жінка висловлює бажання про відмову від дитини (на етапі вагітності чи після пологів), вибудовуються такі можливі ланцюжки міжвідомчої взаємодії (рис. 2):

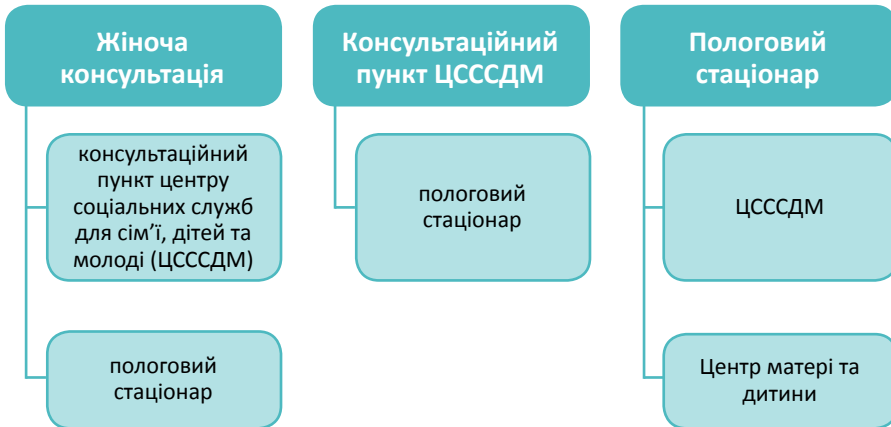


Рис. 2. Схеми міжвідомчої взаємодії у разі відмови матері від дитини

Органи і заклади охорони здоров'я у територіальній громаді здійснюють запобігання відмова шляхом сприяння створенню та діяльності консультаційних пунктів ЦСССДМ у пологових стаціонарах, жіночих консультаціях та забезпечують проведення навчально-методичної роботи серед медичних працівників щодо профілактики раннього соціального сирітства.

До роботи у консультативних пунктах ЦСССДМ на базі жіночих консультацій залучаються ФРС/соціальні працівники та психологи. Вони безпосередньо співпрацюють із лікарями-гінекологами, іншими медичними працівниками шляхом узгодження спільних планів роботи з ними та адміністрацією жіночої консультації, пологового будинку.

Які особливості проведення оцінки потреб?

Особливості проведення оцінки залежать від того, на якому етапі було виявлено жінку, яка висловила бажання відмовитися від дитини: під час її вагітності, після пологів, у перші роки догляду та виховання малюка. Відповідно визначається доцільність та можливість проведення оцінки за кожною з трьох шкал: «Потреби дитини для розвитку», «Батьківський потенціал», «Фактори сім'ї та середовища».

Специфіка оцінки за шкалою «Потреби дитини для розвитку» обумовлена насамперед тим, що період від народження до трьох років є одним із ключових у житті. Показники оцінки потреб дитини мають корелювати з її віком (табл. 4).

Таблиця 4. Показники для оцінки потреб дитини від народження до трьох років

Період розвитку	Показники оцінки
Від народження до 3 місяців	Здоров'я, емоційний розвиток
3-6 місяців	Здоров'я, емоційний розвиток, навчання і досягнення
6-12 місяців	Здоров'я, емоційний розвиток, навчання і досягнення, самоусвідомлення, самообслуговування
1-3 роки	Здоров'я, емоційний розвиток, навчання і досягнення, самоусвідомлення і самопрезентація, самообслуговування, сімейні і соціальні стосунки

Основними методами збору інформації для **здійснення оцінки за шкалою «Потреби дитини для розвитку»** є аналіз документів (результати медичного огляду, профілактичних оглядів); спостереження за реакціями та поведінкою дитини, бесіда з матір'ю, тестування (виконання дитиною нескладних завдань). При цьому доцільно використовувати матеріали додатку 3 «Окремі показники вікового розвитку дитини», додатку 4 до «Методичних рекомендацій щодо здійснення та документування оцінки потреб дитини та її сім'ї у соціальних послугах» та таблицю індикаторів психомоторного розвитку дитини раннього віку (додаток 3.1).

Оскільки віковий діапазон більшості жінок, які мають намір відмовитися від дитини раннього віку, коливається у межах 16-25 років, а їх проблеми переважно обумовлені психологічною та соціальною незрілістю, при **оцінці шкали «Батьківський потенціал»** варто значну увагу приділити вивченню таких показників, як емоційне тепло, життєві цінності та обмеження. З цією метою соціальні працівники, психологи мають застосовувати такі методи: спостереження, інтерв'ю, нескладні методики психодіагностики емоційного стану, рівня тривожності, міжособистісних стосунків, конфліктності, саморегуляції, ціннісних орієнтацій. Перелік окремих методик подано у додатку 3.2.

Саме на зміну певних особистісних, емоційно-вольових якостей, ціннісних орієнтацій, як на запоруку попередження можливих рецидивів відмови, має бути спрямована подальша робота з матір'ю.

Здійснюючи **оцінку за шкалою «Фактори сім'ї та середовища»**, доцільно використовувати біографічний метод, опитувальники батьківського ставлення, метод незакінчених речень, генограму, екокарту, соціальну сітку сім'ї. Інформацію для оцінки житлово-побутових умов можна отримати за результатами соціального інспектування відповідними службами.

Здійснюючи оцінку потреб дитини раннього віку, потрібно враховувати, що її основними потребами є: безпечне середовище (чисте приміщення, простір для пересування), якісне харчування, спілкування з люблячим дорослим, турбота оточуючих, розвивальне середовище.

Розглянемо **алгоритм дій ФСР/соціального працівника** у разі, якщо інформація про породіллю, яка висловила бажання відмовитися від дитини, надійшла з пологового будинку.

Зазвичай у пологовому будинку реалізується такий алгоритм роботи із зазначеною категорією породіль:

- аналіз причин виникнення кризи;
- визначення виду та етапу соціально-психологічної кризи;
- розроблення стратегії соціально-психологічної та соціально-педагогічної роботи з жінкою: збереження кровної матері для новонародженого або визначення її нездатності виховувати дитину;
- підбір індивідуальних прийомів соціально-психологічної та соціально-педагогічної роботи з метою формування позитивної мотивації стосовно новонародженої дитини.

Розглянемо механізм цієї роботи. Завідувач пологового відділення повідомляє ЦСССДМ про жінку, яка висловила намір відмовитись від новонародженої дитини. ФСР/соціальний працівник, за потреби – разом із психологом, – планують первинний контакт із жінкою, мета якого – виявити можливі причини, основний мотив відмови, забезпечити професійний супровід, визначити можливі перспективи надання допомоги.

До безпосередньої зустрічі з матір'ю ФСР/соціальний працівник проводить бесіди із завідувачем пологового відділення, лікарем, медичними сестрами, щоб з'ясувати, у якому фізичному і психічному стані перебуває жінка, як поводить себе, як проходили пологи (тривалість, складність, оперативне втручання), чи є ознаки постнатального синдрому.



Значущу роль відіграє бесіда з жінкою. Бажано, щоб така бесіда проходила в окремій затишній кімнаті у пологовому відділенні, а не у палаті, в якій перебувають ще кілька жінок. Це зумовлено необхідністю встановити з матір'ю довірливі стосунки, налаштувати її на відвертість, уникнути поширення пліток тощо. Важливо, щоб під час спілкування дитина була разом із матір'ю. Під час перших зустрічей розмову слід спрямувати на те, щоб жінка зрозуміла всі наслідки для себе і дитини у разі відмови від малюка; отримала інформацію про належну державну допомогу, соціальні та юридичні послуги; спробувала позитивно поглянути на своє майбутнє, реалістично оцінити ситуацію, відчути підтримку.

Під час першої зустрічі з породіллею насамперед треба оцінити емоційний стан жінки, її ставлення до проблеми, провести оцінку потреб, визначити необхідні види соціально-психологічної допомоги.

Як здійснюється планування роботи?

Після оцінки потреб наступним кроком є розроблення стратегії надання допомоги, яка охоплює планування і здійснення заходів щодо відновлення стосунків із кровною сім'єю, біологічним батьком дитини (якщо це можливо), пошук шляхів вирішення матеріальних, побутових і соціальних проблем, оформлення юридичних документів на матір і дитину, надання допомоги в подоланні післяродової депресії тощо.

За результатами проведеної роботи заповнюється картка оцінки випадку відмови або ризику відмови від новонародженої дитини (додаток 3.3).

Важливе значення в цій роботі має погодженість і координованість дій ФСР/соціального працівника з медичним персоналом пологового будинку, представниками державних установ і соціальних закладів. Зусилля фахівців мають бути спрямовані на те, щоб за короткий термін (3-7 днів) перебування жінки у пологовому будинку сформувати психологічний зв'язок «мати - дитина», налаштувати матір на подолання обставин, які перешкоджають виконанню материнських обов'язків.

Залежно від потреб жінки, до надання послуг можуть залучатися інші суб'єкти соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, зокрема: психотерапевти, психіатри, юристи, представники служб у справах дітей, правоохоронних органів тощо. Послуги надаються протягом терміну перебування жінки у пологовому стаціонарі.

За необхідності, ЦСССДМ разом із керівництвом закладу охорони здоров'я, якому підпорядковується пологовий стаціонар, вирішують питання про збільшення терміну перебування жінки у пологовому стаціонарі або переведення її разом із дитиною до дитячого відділення. За результатами про-

веденої роботи у пологовому стаціонарі, у картці оцінки випадку відмови або ризику відмови від новонародженої дитини (додаток 3.3) формулюються висновки.

Після виписки жінки із закладу охорони здоров'я, у разі необхідності, триває робота за місцем проживання жінки. ФСР/соціальний працівник, який працював з жінкою у пологовому стаціонарі, інформує директора ЦСССДМ про результати проведеної роботи, згідно з якими приймається рішення щодо подальшої соціальної допомоги жінці за місцем її проживання.

У разі зміни жінкою місця проживання після виписки з пологового стаціонару ЦСССДМ, який працював із нею, інформує центр за майбутнім місцем проживання про проведenu роботу, її результати, необхідність взяття жінки на облік та здійснення соціального супроводу. За потреби проведення заходів щодо захисту прав та інтересів дитини, ФСР/соціальний працівник інформує відповідну службу у справах дітей.

З досвіду роботи

Як засвідчує досвід, навіть після екстреної роботи міждисциплінарної команди у пологовому будинку і досягнення позитивного результату є жінки, які не можуть повернутися з немовлятами у своє звичне оточення і потребують більш тривалої та комплексної допомоги. Переважно, таких жінок із немовлятами влаштовують у соціальні центри матері та дитини, соціальні квартири, центри підтримки сім'ї тощо. Якщо мама неповнолітня, вона з дитиною може бути влаштована також і у сім'ю патронатного вихователя.

ФСР/соціальному працівникові у розробленні плану роботи з жінкою та її найближчим оточенням необхідно пам'ятати, що індивідуальний план буде реалізований ефективно лише тоді, коли він складений з особою, а не для особи. Головна мета індивідуального плану роботи полягає в тому, щоб повернути людині здатність діяти самостійно.

Професійно складений і відпрацьований індивідуальний план роботи з отримувачем послуг дає можливість: забезпечити індивідуальний підхід; розбудувати діяльність, спрямовану на активізацію особистісного потенціалу жінки; розподілити відповідальність між фахівцем і його підопічною щодо реалізації плану; фіксувати досягнення та визначати труднощі, на які варто зважати при виконанні плану.

У плані зазначаються очікувані результати щодо фізичного, когнітивного, емоційного, соціального розвитку дитини, вдосконалення материнського потенціалу жінки, розвитку її соціальних навичок, задоволення потреб та конкретні послуги (заходи) і терміни їх досягнення, надання і проведення (приклад плану подано у додатку 3.4).

Зокрема, план має містити заходи стосовно: вирішення виявлених проблем у розвитку дитини; проблем, які негативно впливають на здатність матері реагувати на потреби дитини, з використанням її сильних сторін; роботи з родичами, представниками найближчого оточення.

Нижче подано основні рекомендації щодо роботи з деякими категоріями матерів, які висловили бажання відмовитися від дитини (табл. 5).

Таблиця 5. Основні рекомендації щодо роботи з деякими категоріями матерів, які висловили бажання відмовитися від дитини

Проблема	Рекомендація
Юне материнство	Необхідним є врахування основних проблем юного материнства та таких особливостей юних мам як: агресивність, дратівливість, замкненість, образливість; потреба у підтримці може бути фрустрована через особливості сімейних взаємин. Абсолютно потрібною є робота з батьками дівчини, найближчим оточенням, у разі необхідності – пошук патронатної сім'ї та формування кола соціальної підтримки юної мами; залучення її до тренінгів з формування і розвитку батьківських компетентностей
Незапланована вагітність	До плану роботи мають бути внесені: <ul style="list-style-type: none"> • глибоке опрацювання з психологом негативних емоцій, пов'язаних з очікуванням небажаної дитини, гніву на дитину, образи на батьків, чоловіка тощо; • поступове підвищення особистісної самооцінки жінки, закріплення віри у свої сили, прийняття нової життєвої ситуації і нового особистісного значення у зв'язку із народженням дитини
Актуальні конфлікти в родині під час вагітності	Робота може передбачати обговорення з жінкою проблем її взаємин із чоловіком, очікувань від неї батьків і налаштування її на розуміння коренів проблеми. Важливий пункт для внесення у план: спільне консультування сімейної пари, інших членів сім'ї
Матеріальні проблеми	Варто зважати, що декларування матеріальних проблем може приховувати інші, більш глибокі проблеми, істинні мотиви, пов'язані зазвичай із психологічною неготовністю матері. Локальною спробою покращення становища сім'ї є кампанії фандрайзингу, формування перспективних планів, аналіз можливостей заробляння коштів тощо
Одинока мати	Підвищення особистісної самооцінки жінки, закріплення віри у свої сили, прийняття нової життєвої ситуації і нового особистісного значення у зв'язку з народженням дитини, формування реалістичних очікувань, підтримувальна терапія
Страх перед пологами	Часто виступає на перший план на тлі раціоналізації своєї неготовності до материнства. Важливий пункт для внесення у план: формування готовності до материнства. Спільно з гінекологами проводяться бесіди для підвищення рівня поінформованості; навчання методик саморегуляції
Тривога за здоров'я дитини	Формування реалістичних очікувань; розширення обізнаності про особливості виховання та розвитку дитини (у тому числі, якщо є ризик народження дитини з вадами); залучення мами до груп самопомогою, які виховують дитину з інвалідністю чи особливостями здоров'я (за потреби)

Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для Внесення у план?

Основний пакет послуг/дій/заходів має бути спрямованим не лише на підтримку жінки, а й, насамперед, на налагодження/відновлення зв'язків із батьком дитини, членами родини вагітної жінки/матері, її найближчого оточення в громаді, для запобігання соціальної ізоляції та підготовки цілісної соціальної інтеграції матері і дитини. З цією метою проводиться робота щодо зміни думки членів громади стосовно матері, попередження засудливого ставлення з боку родичів, сусідів, пошук осіб, які можуть надати жінці матеріальну, психологічну та інші види підтримки на волонтерських засадах.



Якщо жінка через складні життєві обставини (відсутність доходів, житла, важка хвороба тощо) має намір влаштувати дитину в заклад інтернатного типу, ФСП/соціальному працівникові необхідно переконати її тимчасово влаштувати дитину у сім'ю патронатного вихователя, якщо така можливість існує у регіоні. Це дасть змогу забезпечити дитині сімейне середовище, зберегти прив'язаність між матір'ю та дитиною, вивільнити час жінки для подолання складних життєвих обставин, у яких вона опинилася, з допомогою фахівців.

Для сприяння жінкам у подоланні складної життєвої ситуації, в яку вони потрапили, вживаються здебільшого такі дії та заходи:

Вирішення соціально-побутових проблем:

- забезпечення тимчасового проживання вагітних жінок та матерів разом із дітьми у належних санітарно-гігієнічних умовах, надання необхідних для користування речей: постільної білизни, рушників, гігієнічних засобів (зокрема, на час перебування у центрах матері та дитини);
- допомога у придбанні потрібних речей, одягу, харчування для дитини;
- сприяння у плануванні сімейного бюджету і забезпеченні базових потреб дитини за рахунок коштів державних соціальних виплат на дитину;
- формування навичок ведення господарства, самостійного обслуговування себе і дитини (наприклад, робити покупки та готувати їжу, прати і прасувати речі; турбуватися про власні потреби і потреби дитини, користуватися побутовою технікою та електроприладами).

Вирішення проблем зі здоров'ям:

- направлення до лікарів для профілактичних оглядів, отримання щеплень для дитини, діагностики та лікування у разі потреби;
- формування навичок контролю за вживанням ліків та виконанням процедур, призначених матері чи дитині дільничним лікарем;
- сприяння у забезпеченні необхідними ліками для надання першої медичної допомоги;

- консультування матері з питань догляду за дитиною, раціонального харчування, розвитку дитини, профілактики нещасних випадків і травм тощо;
- надання допомоги жінкам у розвитку навичок піклування про своє здоров'я та здоров'я дитини.

З досвіду роботи

Оскільки одним із провідних показників компоненту «Потреби дитини для розвитку» є стан її здоров'я, спеціалісти надають допомогу матері у вдосконаленні знань та навичок, умінь визначити свій стан здоров'я і своєї дитини, проводять індивідуальні та групові заняття з ведення здорового способу життя, профілактики захворювань. Наприклад, у соціальних центрах матері та дитини, Школах молодих батьків при ЦСССДМ спеціалістами та залученими фахівцями проводяться відеоекскурсії, бесіди, групові заняття «Здоров'я як ресурс благополуччя людини», «Ризики вживання тютюну, алкоголю та наркотиків для здоров'я жінки», «Як забезпечити збалансоване харчування», «Складові жіночого здоров'я», «Репродуктивне здоров'я жінки», «Як убезпечити себе від хімічної залежності», «Як бути опірним до стресів», «Що робить нас гарними», «Що потрібно знати про СНІД», «Як керувати своїми емоціями» тощо.

Вирішення особистих проблем, формування навичок та вмінь життєвої компетентності, усвідомленого батьківства:

- індивідуальні та групові консультації, групова робота з жінками щодо таких питань: формування навичок догляду за дитиною гігієна, сон, харчування, розвиток; піклування про здоров'я і захист від хвороб; розвиток дитини – сенсорна та рухова стимуляція, гра, взаємодія з ровесниками; захист від небезпеки, насильства; особливості поведінки дитини; сімейні цінності та традиції тощо;
- забезпечення жінок необхідною літературою з питань розвитку і виховання дитини, здоров'я тощо;
- надання підтримки у щоденній взаємодії матері та дитини, стимулювання емоційного і фізичного контактів, організація спільної діяльності пари мати -допомога щодо підтримання або відновлення стосунків із рідними, друзями, батьком дитини, якщо це не суперечить інтересам дитини;
- організація груп взаємодопомоги, зустрічей з рідними, колишніми відвідувачами центру;
- психологічна підготовка жінок до самостійного життя, вирішення проблем (зокрема, розвиток умінь та навичок аналізу і визначення проблеми; розмежування проблем, пошуку допомоги у разі виникнення труднощів), а також прийняття самостійних і відповідальних рішень;
- формування навичок конструктивного спілкування (уміння та навички слухати іншого; розпочинати розмову; ставити запитання; пояснювати; переконувати; висловлювати думку; вести переговори; відстоювати власні права; уникати конфліктів та ризикованих ситуацій; сприймати конструктивну критику; адекватно реагувати на несправедливі звинувачення, образи), а також налагодження ефективних стосунків з іншими (здійснювати самопрезентацію, створювати та підтримувати стосунки; давати та отримувати підтримку); контролювати емоції і справлятися зі стресом

(адекватно виражати почуття; долати страхи, тривожність, скорботу; розуміти почуття інших людей тощо);

- сприяння здобуттю отримувачами послуг професійної освіти;
- послуги медіації (допомога у врегулюванні конфліктів).

З досвіду роботи

Осердам роботи в діаді «мати - дитина» є розвиток прихильності між ними, формування жінки мотивації та навичок усвідомленого материнства. З цією метою проводяться індивідуальні консультації за попередньо розробленими програмами та планами. Тривалість і тематика консультацій визначаються в індивідуальному плані надання послуг. У разі повідомлення специфічної інформації фахівець, відповідальний за ведення випадку, запрошує профільних спеціалістів для зустрічей з отримувачами послуг, проведення тренінгів «П'ять шляхів до серця дитини», «Як навчитися бути люблячою мамою», «Материнська абетка», відеолекторіїв «Уроки лікаря Комаровського», бесід щодо профілактики жорстокого поводження з дітьми тощо.

Вирішення проблем юридичного характеру:

- допомога у виготовленні (поновленні) документів;
- допомога в оформленні й отриманні державних виплат, пільг;
- надання правової допомоги у реалізації та захисті майнових прав;
- консультування з різних юридичних питань.

Вирішення проблем адаптації у громаді:

- налагодження зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, органами, закладами з метою задоволення потреб дитини та вирішення наявних проблем;
- допомога у працевлаштуванні;
- сприяння у наданні доступу до ресурсів і послуг за місцем проживання після закінчення перебування в центрі;
- влаштування жінки з дитиною у громаді.

Які форми і методи доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з жінками та сім'ями, які мають ризик відмови від дитини?

Стандартною формою роботи у пологовому будинку з жінкою, яка має намір відмовитися від дитини, є **бесіда**, під час якої застосовуються різні прийоми та методи.

Виокремлюють кілька етапів її проведення.

Першим етапом є налагодження контакту. На цьому етапі ФСП/соціальний працівник або залучений психолог має: познайомитися (продовжити спілкування) з породіллею; створити комфортні умови для бесіди; досягнути взаємної довіри; визначити способи взаємодії; стимулювати початок обговорення проблеми.

Для вирішення цих завдань можна застосовувати такі техніки та прийоми: організація простору бесіди, контакт очей, «розминка» (обговорення коротеньких тем, що безпосередньо не стосуються проблеми), емпатійні висловлювання тощо.

Другим етапом є дослідження запиту. Дії ФСР/соціального працівника спрямовані на те, щоб: керувати перебігом бесіди, підтримувати емоційний контакт; отримати інформацію, необхідну для визначення і оцінки потреб та виявлення ресурсів жінки; акцентувати її увагу на важливих фактах і чинниках, на які вона не звертає уваги; сприяти розумінню жінкою причин своїх проблем, власної ролі в їх виникненні та можливостей їх подолання; допомогти зняти емоційну напругу, зумовлену обговоренням проблем.

На цьому етапі спеціаліст ставить жінці спочатку закриті, а потім відкриті запитання. Вдається до прийомів безумовного слухання, вибіркової рефлексії, уточнення, перефразування, перевірки правильності розуміння висловленого жінкою, подальшого розвитку думки співбесідниці, заохочення реплік, емпатійних висловів. Головне завдання на цьому етапі – стимулювати жінку до вербалізації своїх почуттів, переживань стосовно ситуації, обговорення наслідків розлучення з дитиною для матері та немовляти.



Питаннями для дослідження можуть бути:

- характер спадковості (хронічні, психічні захворювання), особистісні особливості;
- стан здоров'я;
- особливості виховання у батьківській сім'ї;
- умови соціалізації особистості у дитинстві;
- навчання, професія, трудова біографія, сфери інтересів;
- особливості шлюбної, фертильної та контрацептивної поведінки;
- умови, що передували зачаттю;
- характер відносин з партнером, найближчим оточенням;
- перебіг вагітності, психологічні зміни під час вагітності;
- формування установки на відмову від дитини – фактори, причини, мотиви;
- можливі шляхи подолання кризи з точки зору жінки;
- перспективи.

Третій етап – етап розроблення плану вирішення проблеми, якщо на попередньому етапі вдалося переконати жінку не залишати немовля, або вона перебуває у стані прийняття остаточного рішення. ФСР/соціальний працівник спрямовує свої зусилля на те, щоб: досягти взаєморозуміння стосовно визначення проблем та їх причин; сформулювати мету і завдання подальшої взаємодії; надати жінці необхідну інформацію і перевірити, чи правильно таку інформацію зрозуміли; визначити конкретні кроки у подоланні проблем;

сприяти усвідомленню жінкою своєї відповідальності за подальші дії та їх результат.

Реалізуючи завдання цього етапу, спеціаліст застосовує такі техніки та прийоми, як-то: інформаційне повідомлення, аргументація, резюмування, інтерпретація, формулювання альтернатив подолання проблеми.

Четвертий етап, завершення бесіди з жінкою, передбачає підбиття підсумків, аналіз результатів бесіди і загальне окреслення змісту подальших дій, вираження вдячності за довірливе спілкування, впевненості у спроможності жінки подолати проблеми. Якщо необхідна ще одна зустріч, спеціаліст разом із жінкою має уточнити орієнтовний час та дату її проведення, визначити питання, які можуть обговорюватися.

Першу спеціальну бесіду з жінкою, яка відмовляється від дитини, здійснюють у пологовому будинку через 1-2 доби після пологів. Оптимальна тривалість бесіди – не більше, ніж 1 година, лише в окремих випадках – 1,5-2 години (у разі доброго самопочуття і зацікавленості співбесідниці). Слід зважати на надмірну психотравмуючу ситуацію, в якій перебуває жінка у пологовому будинку: атмосфера осуду з боку медпрацівників, пацієнток.

Загальні рекомендації щодо проведення бесіди:

- підкреслено позитивний тон;
- прагнення до безоцінного розуміння пацієнтки;
- категорична недопустимість моралізаторства та наставницького тону;
- акцент на тому, що спеціаліст не намагається переконати матір забрати дитину, а прагне зрозуміти причини такого її рішення. Зрозуміти і своєчасно надати допомогу іншим жінкам, щоб не допустити повторення трагічних подій для мам та їх дітей.

Слід зауважити, що перше інтерв'ю повинно стати одночасно першою ланкою психокорекційної роботи.

Окрім індивідуальної, здійснюється групова робота з вагітними та матерями. Найбільш ефективною формою роботи є **тренінгове заняття**, в якому беруть участь 6-8 жінок (це найбільш оптимальний склад групи).

З досвіду роботи

У більшості соціальних центрів матері та дитини проводяться тренінгові заняття за програмою «Розвиток дитини раннього віку: разом до гармонії», яка складається з 10 занять¹⁵. Завдання програми: ознайомити жінок з актуальністю і важливістю періоду раннього дитинства; охарактеризувати роль розвивального середовища та ритму в житті дитини; поінформувати про значущість іграшки та критерії її добору, а також гри у розвитку дітей; розкрити широкий спектр ігрового навчання для малюків; проаналізувати ефективні прийоми, форми, моделі спілкування в сім'ї; підкреслити важливість спільної діяльності дорослого і дитини у розвитку дітей раннього віку; надати рекомендації стосовно розвитку дитини. За оцінкою спеціалістів соціальних центрів матері та дитини, учасниць занять, ця програма сприяє здобуттю знань щодо розвитку та догляду за дитиною раннього віку, налагодженню контактів, формуванню прихильності між матір'ю та дитиною, допомагає жінкам зрозуміти важливу роль матері у розвитку дитини.

Як уже було зазначено вище, зважаючи на соціально-психологічний портрет жінок, які мали намір відмовитися від дитини, одним із важливих напрямів роботи є формування у них навичок та вмінь життєвої компетентності.

Іноді складається ситуація, коли неповнолітня мама потребує допомоги у навчанні її догляду та виховання за дитиною, не забираючи у неї при цьому її материнських прав. Таку допомогу, за відсутності підтримки з боку родичів чи друзів, вона може отримати у сім'ї патронатного вихователя.

З досвіду роботи

У випадку з юною мамою, будучи влаштованою разом із новонародженою дитиною у сім'ю патронатного вихователя, у першу половину дня вона навчалася у коледжі, а в наступну – спільно з патронатним вихователем здобувала навички догляду за дитиною.

Основними формами роботи у цьому напрямі є бесіди та інтерактивні заняття «Як навчитися долати тимчасові труднощі», «Ефективне планування свого часу», «Формула успіху», «Як ставити реальні цілі і досягати їх», «Як не стати об'єктом маніпуляцій» тощо; психологічні тренінги із саморегуляції емоційного стану, ефективної комунікації, подолання конфліктів; корекційні заняття з елементами казко-, ігрової та арт-терапії; практичні заняття з кулінарії, шиття, плетіння, виготовлення оздоблень для інтер'єру, сервірування столу тощо.

З метою відновлення стосунків між жінкою та її батьками чи батьком дитини доцільно проводити **сімейні групові наради**. Вони розглядаються у соціальній практиці як надання допомоги окремим особам або сім'ям шляхом залучення до обговорення їхніх проблем і пошуку рішень широкого кола представників їх соціального оточення (членів сім'ї, родичів, хрещених батьків, друзів та інших осіб).

Окрім цього, у процесі роботи з вагітними жінками та матерями спеціалісти широко використовують інші різноманітні методи роботи (табл. 6).

¹⁵ Детальніше ознайомитися можна за посиланням: Разом до гармонії: розвиток дитини раннього віку: метод. посіб. / Братусь І., Кошечко Н., Нагула О.; за заг. ред. І. Звереві. – К.: Кобза, 2004. – 160 с.

Таблиця 6. Методи, які застосовують у соціальній роботі з вагітними жінками та матерями

Методи	Мета застосування	Отримувачі послуг
Психологічні		
Тести Стандартизовані опитувальники Проективні методики	Діагностика рівня розвитку психічних процесів, особливостей емоційно-вольової сфери, ціннісних орієнтацій тощо	Вагітні жінки Матері немовлят Матері дітей раннього віку
Ігрова терапія Казкотерапія Арт-терапія	Психокорекційна робота з жінками, які мають психологічні проблеми	
Педагогічні		
Переконання Навіювання	Формування ціннісних установок, переконань, доцільних моделей поведінки у жінок та їх близьких	Вагітні жінки Матері немовлят Матері дітей раннього віку Батько дитини
Приклад Тренування Створення виховних ситуацій	Формування умінь та навичок батьківської компетентності; соціальних навичок (комунікації, планування бюджету, прийняття відповідального рішення тощо)	Родичі
Заохочення Схвалення	Заохочення Схвалення	
Методи самовиховання	Стимулювання жінок до саморозвитку та самовдосконалення	
Соціологічні		
Опитування (анкетування, інтерв'ювання, фокус-група) Спостереження Аналіз документів Біографічний метод	Збір інформації для складання соціально-психологічного портрету жінки; надання допомоги у відновленні контактів з батьком дитини, родичами, представниками найближчого оточення	Вагітні жінки Матері немовлят Матері дітей раннього віку Батько дитини Родичі Сусіди
Методи соціальної роботи		
Рівний - рівному	Під час роботи у групах взаємодопомоги; з метою опанування корисного досвіду інших матерів	Матері немовлят Матері дітей раннього віку

Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з особами, які мають такі ознаки вразливості?

Основні ризики	Рекомендації щодо першочергових дій
Нерозуміння вікових особливостей та потреб дитини на цьому віковому етапі	Залучення до проходження психокорекційних програм з розвитку батьківських навичок, пошук патронатної сім'ї або наставника, інформування та направлення до ЦМД, залучення медичного персоналу до роботи
Відсутність досвіду догляду за дитиною (перша дитина, мати – вихованка інтернатного закладу)	Залучення до проходження психокорекційних програм з розвитку батьківських навичок, залучення біологічної родини, найближчого оточення до надання відповідної допомоги, пошук патронатної сім'ї або наставника, інформування та направлення до ЦМД, залучення медичного персоналу до роботи
Відновлення матір'ю окремих моделей асоціальної поведінки (вживання алкогольних речовин, проведення часу у розважальних закладах, пошук нових партнерів тощо)	Залучення до проходження психокорекційних програм з розвитку батьківських навичок, залучення медичного персоналу до роботи з мамою, мотивація до участі у психокорекційних програмах для залежних, надання психологічної підтримки
Психотравматичний досвід	Діагностування виду та ступеня травми, надання підтримки у процесі переживання травми та залучення до психокорекційних програм
Емоційна нестабільність	Заспокоєння та нормалізація стану, діагностування стану мами, проведення просвітницької роботи, надання емоційної підтримки
Розумова відсталість матері	Відновлення зв'язків з біологічною родиною, найближчим оточенням, пошук патронатної сім'ї або наставника, інформування та направлення до ЦМД, залучення медичного персоналу до роботи з мамою
Дитина народилася з фізичними вадами	Надання психологічної підтримки матері, інформування щодо особливостей догляду та розвитку дитини з фізичними вадами, залучення медичного персоналу до роботи з мамою
Відсутність підтримки батька дитини та соціального оточення породілі	Налагодження стосунків з біологічним батьком та соціальним оточенням породілі, проведення діагностики щодо вивчення кола соціальних контактів
Нераціональне використання коштів	Моніторинг використання коштів на дитину; проведення роз'яснювальної роботи щодо планування бюджету та використання коштів за призначенням
Відсутність житла	Надання підтримки в пошуку орендованого житла, інформування щодо наявності закладів підтримки для вагітних жінок та одиноких матерів, проведення роботи для налагодження стосунків з біологічними батьками та соціальним оточенням

Список використаних джерел

1. Запобігання інституціоналізації дітей раннього віку. Інноваційні технології соціальної роботи з профілактики відмов від новонароджених дітей: метод. посіб. / за заг. ред. І. Д. Зверєвої, Ж. В. Петрочко. – К. : Століття, 2008. – 224 с.
2. Капська А. Й. Соціальний супровід різних категорій сімей та дітей : навч. посіб. / А. Й. Капська, І. В. Пеша. – К. : Центр учбової літератури, 2012. – 232 с.
3. Оцінка потреб дитини та її сім'ї: від теорії до практики: навч. посіб. / І. Д. Зверєва, З. П. Кияниця, В. О. Кузьмінський, Ж. В. Петрочко. – К. : Задруга, 2011. – 224 с.
4. Разом до гармонії: розвиток дитини раннього віку : метод. посіб. / І. Братусь, Н. Кошечко, О. Нагула ; за заг. ред. І. Зверєвої. – К. : Кобза, 2004. – 160 с.
5. Робота з сім'ями, які потребують професійної соціально-педагогічної підтримки / за заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. – К.: Основа – Принт, 2007. – 128 с.
6. Сімейні групові наради як метод розв'язання конфліктних ситуацій: метод. матеріали для тренера / авт.-упоряд. Т. П. Авельцева [та ін.]; ред. І. Д. Зверєва. – К.: Науковий світ, 2003. – 68 с.

Список рекомендованих джерел

1. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації : навч.-метод. комплекс / за ред. І. Д. Зверєвої, Ж. В. Петрочко. – К. : Фенікс, 2007. – 528 с.
2. Соціальний супровід сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах: метод. посіб. / автор.-упор. : І. Д. Зверєва, Ж. В. Петрочко [та ін.]. – К.: ДЦССМ, 2006. – 84 с.
3. Управление случаем в социальных службах при междисциплинарном взаимодействии в решении проблем детей. – М. : Полиграф-сервис, 2005. – 112 с.

З досвіду роботи

СОЦІАЛЬНА ІСТОРІЯ 1

Вагітна 15-річна Юлія опинилася на вулиці через місяць після смерті матері. До цього вона проживала з матір'ю у квартирі її співмешканця. Мати не приділяла уваги вихованню Юлі, а стосовно ще чотирьох дочок була позбавлена батьківських прав. Мати любила маленьку Юлю, однак алкогольна залежність звела нанівець материнські почуття та обов'язки. У пошуках уваги, тепла та їжі Юлія все більше часу проводила у сумнівних компаніях, бродяжила, пропускала школу, жила на вулиці. Органи опіки неодноразово попереджували матір та періодично направляли Юлю до центру соціально-психологічної реабілітації, де вона жила місяцями.

Після смерті матері Юлія напівголодна проживала у квартирі зі співмешканцем покійної матері, який постійно випивав і погрожував, зрештою, дізнавшись про вагітність, вигнав геть. Вагітність Юлі була незапланованою, окрім того виявилось, що Юлія ВІЛ-інфікована.

Жоден із наявних у великому місті соціальних закладів не зміг прийняти неповнолітню вагітну дівчину та надати їй комплекс відповідних послуг. Зважаючи на непросту життєву ситуацію, Службою у справах дітей спільно з Міжнародною благодійною організацією «Партнерство «Кожній дитині»» було запропоновано Юлі скористатись послугою «сімейного патронату», що передбачає тимчасовий догляд, виховання та реабілітацію дитини у сім'ї патронатного вихователя.

Суть послуги полягає у комплексності, професійності та узгодженості дій спеціалістів під час ведення випадку, а саме: патронатного вихователя, який доглядає за дитиною (в умовах своєї сім'ї), та міждисциплінарної команди фахівців (працівник служби у справах дітей, фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник), які беруть участь у плануванні і здійсненні супроводу рідної сім'ї дитини, сприяють подоланню складних життєвих обставин, а у разі потреби допомагають в отриманні необхідних соціальних виплат, послуг, судовому вирішенні проблем. Патронатний вихователь, члени міждисциплінарної команди і родичі об'єднані спільною метою та діють за одним узгодженим планом.

Таким чином Юлія, за її згоди, перебуваючи на сьомому місяці вагітності, була влаштована у сім'ю патронатного вихователя. За підтримки та настанови патронатних вихователів дівчина пройшла необхідний медичний огляд, стала на облік у центрі ВІЛ/СНІДу, почала виконувати всі рекомендації лікарів, пройшла програму реабілітації та підготовки до материнства, окрім того, перевівшись до вечірньої школи, завершила навчання у 9 класі. Після народження дитини Юлія повернулася разом із немовлям до сім'ї патронатного вихователя, де з їх допомогою освоїла перші уроки материнства, навчилася доглядати за дитиною, готувати їжу, вести домашнє господарство, планувати бюджет, турбуватись про своє здоров'я і здоров'я сина. Завдяки настановам та підтримці патронатного вихователя Юлія вступила до професійного коледжу. За немовлям у першій половині дня, поки Юлія у коледжі, доглядали патронатні вихователі, у другій – Юлія намагалась виконувати свої материнські обов'язки самостійно.

З часом патронатні вихователі створювали обставини, які передбачали здобуття Юлею досвіду самостійного виконання обов'язків по догляду за дитиною, у тому числі цілодобового (у суботні та недільні дні). Кожен такий досвід обговорювали спільно з Юлею, аналізували успіхи та невдачі й насажували до самостійності. Згодом Юлі було запропоновано вести свій бюджет, самостійно купувати продукти та готувати їжу для себе та для сина.

Граничний термін перебування в сім'ї патронатного вихователя становить шість місяців, однак випадок Юлі був досить складним, під патронатом перебувала не тільки Юлія, а й її син, тому термін був продовжений.

Міждисциплінарна команда, до якої входили: ФСР, представники ССД, благодійної організації «Партнерство «Кожній дитині»» та патронатний вихователь, шукала оптимального шляху подальшого влаштування Юлі, надання їй підтримки до досягнення повноліття. Одночасно відпрацьовувались два варіанти: влаштування Юлі та її сина в прийомну сім'ю до досягнення повноліття; другий – самостійне проживання Юлі з сином у квартирі матері, під супроводом ФСР.

3 досвіду роботи

Міждисциплінарна команда вела пошук прийомної сім'ї та паралельно були організовані роботи щодо косметичного ремонту квартири матері, в якій прописана Юля і її сестри; проведена сімейно-групова зустріч примирення між сестрами та досягнуто домовленості стосовно можливості спільного проживання у квартирі Юлі та ще однієї сестри.

На жаль, міждисциплінарній команді не вдалось знайти для Юлі прийомну сім'ю, тому увага була зосереджена на підготовці Юлі до самостійного життя. Процес переходу до самостійного життя охоплював заходи залучення Юлі до ремонту та облаштування своєї кімнати, пробного проживання в недільні дні, телефонного супроводу та підтримувальних візитів патронатного вихователя, консультування сімейного лікаря та візити патронажної медичної сестри, закріплення постійного фахівця із соціальної роботи для супроводу і наставництва.

Завдяки своєчасній підтримці дівчини вдалося уникнути влаштування її та новонародженої дитини до інституційних закладів, зберегти право дитини на родину. Сама ж Юля відчула радість материнства, навчилася самостійно виконувати материнські обов'язки, змінила ставлення до життя та усвідомила, що її основною цінністю є дитина.

3 досвіду роботи**СОЦІАЛЬНА ІСТОРІЯ 2**

Анна (26 років) перебувала під супроводом організації «Право на здоров'я» з грудня 2012 року. Анну виховував батько – мати померла, коли дівчині було кілька років. Зареєстрована вона у Сумській області. Але декілька років постійно проживала у місті Києві без документів. Вона не мала можливості орендувати житло, тому жила або на вулиці, або, коли працювала, – у підсобних приміщеннях на роботі. Під час перебування на вулиці Анна почала вживати наркотики й алкоголь. Кинула школу у 6 класі.

На момент звернення до організації «Право на здоров'я» Анна була на 22-му тижні вагітності. Вона не могла стати на облік у жіночій консультації, оскільки не мала київської реєстрації та грошей. Це була не перша вагітність. Старший син проживає з колишнім чоловіком Анни. Запитом Анни було медичне обстеження та поставлення на облік по вагітності.

Під час первинної консультації виявилось, що Анна має цілий комплекс проблем. Психологічні травми, досвід пережитого насильства, досі формально не розірваний шлюб з чоловіком, з яким вона вже давно не спілкується, відсутність житла. Саме тому Анні була запропонована така модель роботи, як ведення випадку. Разом із міждисциплінарною командою спеціалістів центру Анна виділила свої основні проблеми і потреби, а також сформулювала ціль: зберегти власне здоров'я та здоров'я майбутньої дитини і забезпечити дитині сім'ю.

У травні 2013 Анна народила здорового хлопчика. Після виписки з пологового будинку її помістили до соціальної квартири організації «Право на здоров'я». У квартирі з допомогою юриста Анна оформила свідоцтво про народження дитини, тимчасову реєстрацію для себе та дитини, остаточно оформила розлучення з колишнім чоловіком; її навчили доглядати за дитиною, підтримали розвиток прив'язаності до неї. Загалом підготували до подальшого самостійного життя: сформували навички готування їжі (з урахуванням збалансованого харчування для себе та дитини відповідно до бюджету), прибирання, догляду за собою та дитиною, дотримання розпорядку дня для малюка, планування бюджету. Важливим було мотивування Анни на закінчення середньої освіти, для чого вона була влаштована до вечірньої школи Солом'янського району.

У вересні 2013 Анна залишила соціальну квартиру, почала жити в цивільному шлюбі з новим партнером та дитиною. Дотепер вони всі разом проживають у Київській області. Анна доглядає за дитиною та займається домашнім господарством.

3 досвіду роботи

МОДЕЛЬ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ «СОЦІАЛЬНА КВАРТИРА»

Соціальна квартира для вагітних дівчат та молодих матерів з дітьми раннього віку в складних життєвих обставинах створена МБФ «Українська фундація громадського здоров'я» (далі – УФЗ) у співпраці з міжнародною організацією «Право на здоров'я» (HealthRight International) та Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за фінансової підтримки СНІД Фонду Елтона Джона та Фонду Олени Пінчук АНТИСНІД. Соціальна квартира є власністю УФЗ.

У ній можуть жити вагітні дівчата і молоді матері, які тимчасово мешкають у м. Києві та перебувають у складних життєвих обставинах, що становлять реальну небезпеку відмови від новонародженої дитини або позбавлення їх батьківських прав: не мають власного безпечного житла; потерпіли від насильства; не мають документів; відсутні засоби для проживання з дитиною; перебували у кризових центрах та притулках; вагітні дівчата і молоді матері з числа внутрішньо переміщених осіб та з зони АТО.

Штат соціальної квартири становлять: менеджер, старший соціальний працівник, чотири чергових соціальних працівники (у режимі: 1 доба – чергування, 3 – відпочинок), психолог, юрист.

Вони забезпечують надання таких послуг.

Соціально-побутові послуги:

- проживання в обладнаних кімнатах для мами з дитиною;
- забезпечення засобами першої необхідності: продукти харчування, засоби гігієни тощо;
- душ та ванна;
- прання речей;
- користування обладнаною кухнею.

Послуги з навчання ведення господарства та догляду за дитиною:

- навчання та контроль щодо догляду за дитиною: харчування, розвиток дитини тощо;
- організація надання медичних послуг державними медичними закладами;
- консультації соціального працівника;
- психологічна допомога: консультації, групові тренінги, індивідуальна робота;
- юридична допомога: консультування, представлення та лобювання інтересів отримувачів послуг у державних і приватних установах;
- навчальні заняття: декупаж, плетіння гачком, ведення бюджету, попередження вживання ПАР, приготування страв та ін.;
- проведення спільних заходів: святкування днів народження, державних свят тощо;
- цільова матеріальна допомога (одяг, засоби гігієни, дитяче харчування, медикаменти та ін.).

Комплексні послуги соціального супроводу (ведення випадку):

- допомога в налагодженні стосунків з близьким оточенням;
- допомога в поновленні майнових прав;
- допомога у здобутті професії;
- допомога в отриманні медичних послуг (направлення на медичне обстеження, супровід до профільних лікарів, допомога в поставленні на облік по вагітності, в організації лікування);
- допомога в реєстрації дитини, оформленні державної соціальної допомоги при народженні дитини;
- допомога з оформлення необхідних документів (свідоцтво про народження, паспорт, довідка про ідентифікаційний код);
- допомога у реєстрації в Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (супровід для поставлення на облік, допомога у проходженні обстеження, в організації лікування);
- консультування з питань прихильності до прийняття АРТ-терапії;
- допомога при працевлаштуванні.

Така модель є ефективною у громаді, тому що квартира розташована у звичайному житловому будинку, завдяки чому її мешканки не є виключеними з громади та мають можливість звертатися до закладів охорони здоров'я, соціальних служб тощо.

Додаток 3.1.

Індикатори оцінки психомоторного розвитку дитини раннього віку¹⁶

Вік/міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мовлення	Емоції та соціальна поведінка
1	Фізіологічний гіпертонус м'язів зменшується, атетозоподібні рухи кінцівок до кінця місяця згасають. Виражені безумовні рефлекси: хоботковий, смоктальний, хапальний, Моро, Бабкіна, повзання	Починає тримати голову по кільку хвилин в горизонтальному положенні, лежить на животі наприкінці місяця	З'являється короткотривале розглядання зовнішнього середовища та слухове зосередження	Поява гуління поодинокими звуками наприкінці місяця, вимовляє голосні звуки між «а» і «е»	Реагує незадоволенням на сильні звукові та світлові подразники. Побачивши обличчя, на мить зупиняється на ньому
2	Повертає головою в різні боки	Починає тримати голову кілька хвилин у вертикальному положенні	Тривала зорова реакція за предметом, який рухається. Зосередження на звук	Часте коротке гуління	Реагує усмішкою на розмову. Фіксує погляд на обличчі, яке рухається
3	Починають зникати більшість безумовних рефлексів (пошуків, хоботковий, Бабкіна, хапальний). Тягнеться за іграшкою. Нормалізується м'язовий тонус	Добре тримає голову	У відповідь на звукові подразники та яскраві предмети з'являється зосередження, активна реакція	Часте, тривале гуління. Перші складові панцюжки «ррр»	Відповідає комплексом поживлення у відповідь на емоційне спілкування. Соціальна посмішка
4	З'являються цілеспрямовані рухи рук: уже краще бере іграшку. Повертається зі спини на бік. Зникає більшість безумовних рефлексів (Моро, хапальний, повзання)	У вертикальному положенні з'являються перші прояви опори на ноги. У положенні «лежачи на животі» вправлене спирання на передпліччя	Окрім чіткої уваги на звук, комплекс, характерним є момент зустрічі з рідними людьми. Уперше починає впізнавати маму. Розглядає іграшку у своїй руці	Часте тривале, співуче гуління різними звуками. З'являються змічно-губні приголосні «м», «ф», вигуки радості	Голосно сміється у відповідь на емоційне словесне звертання

¹⁶ Додаток 4 до Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років.

Вік/міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мовлення	Емоції та соціальна поведінка
5	Починає повертатися зі спини на живіт. Тягнеться рукою до іграшки і доторкається до неї	Стоїть з підтримкою за підпашки, спирається на кінчики пальців	Окрім все більш чіткої реакції на звуки, характерною є оральна увага на яскравий предмет. Перші прояви розпізнання своїх та чужих людей, радість при появі іншої дитини	Ритмічні складові ланцюжки	Радіє дитині, бере у неї з рук іграшку, реагує на суворі та ласкаві інтонації. Толосно сміється, коли до неї звертаються
6	Активно повертається зі спини на живіт, починає перевертатися з живота на спину. Хапає цілеспрямовано запропоновану іграшку, перекладає з однієї руки в іншу	Лежачи на животі, спирається на витягнуті руки або повністю відкриті долоні. Починає сидіти через поворот набік, спираючись на руку	Усе більш адекватна реакція на появу матері, батька та чужої людини. Слідкує за іграшкою, яка впала	Балакання: послідовне приєднання різноманітних виразних складів зі змінною силою та висоти звуку	Емоції диференційовані, тягне ручки, щоб дорослі взяли на руки. По-різному поводиться із знайомими та незнайомими
7	Лежачи на спині, грається ногами (координація «рука-нога»). Перекладає іграшки з одного місця на інше, з руки в руку	Сидить із прямою спиною. З підтримкою за тулуб на твердій основі пружинить (танцює)	Намагається дістати предмет, якщо це можливо зробити, змінивши положення тіла	Продовжує балакання	Залучається до гри, повторюючи дорослих, стомившись, починає вимагати уваги найближчої людини (найчастіше матері)
8	Хапає кожною рукою по кубики і довільно тримає їх нетривалий час	Повзає на животі (по-пластунськи, як тюлень), переставляючи вперед руки. Самостійно лягає, сідає, піднімається	За відповідного виховання показує ручками «до побачення», «тос-тосі», «ладунки». Хитанням голови показує згоду «так», заперечення «ні»	Добре лопотить, ясно вимовляє звуки «ба», «ма», «да»	Адекватні емоційні реакції у відповідь на спілкування. Спостерігає за діями інших дітей, сміється, лопотить
9	Може самостійно гратися з різними іграшками. Навмисне кидає предмет	Розгойдується на руках і колінах. Сидить вільно. Стоїть із підтримкою за руки	Адекватно відповідає діям на прості запитання та прохання, наприклад «дай мені ляльку», «посидь тут». Знає своє ім'я. Реагує на музичні звуки танцювальними рухами	Чітко подвоєння складів	Легко вступає у контакт на емоційному, ігровому, словесному рівнях. Повторює дії інших дітей

Вік/міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мовлення	Емоції та соціальна поведінка
10	Кількість цілеспрямованих рухів збільшується: складає піраміду, кладе іграшки на місце, закриває скриньки та ін. «Пінцетний» захват: бере маленький предмет витягнутиим вказівним і великим пальцями	Можна вести, підтримуючи за одну руку. Повзає на поверхнях різної висоти, багато дітей самостійно стоять, тримаючись за будь-який предмет	Усе більш виражені та збагачені вказівні прояви. Повторює рухи дорослих, наприклад «розмовляє по телефону», «помішує кашу». Навмисне кидає іграшку	З'являються перші слова, які дитина розуміє, у словниковому запасі є кілька слів. Вступає в діалог, правильне щодо звучання повторення відомих складів	Емоційний стан чітко проявляється різноманітними мимічними рухами, голосовими реакціями. Реагує на все нове, дивується. Грається з дітьми однією іграшкою
11	«Щипцевий» захват: хапає маленький предмет подушечками зігнутого вказівного і великого пальців	Повзає на руках і колінах з перехресною координацією. Стоїть без опори. Робить кроки вперед із підтримкою за обидві руки	Виконує прості вимоти та прохання. Орієнтується в поняттях «можна», «не можна», розуміє заборони: «сиди тихо», «не бери». У дитини з'являються перші друзі, з якими вона грається	Деяка кількість односкладових слів витісняється двоскладовими. Вживає слова спрощеного варіанту: «пляля», «нозя», «цяця»	Махає ручкою на прощання. Радіє, коли приходять діти. Вибіркове ставлення до дітей
12	Може гратися іграшками годинами і більше	Ходить уздовж меблів, тримаючись однією рукою, або самостійно	Виконує все складніші вимоти та прохання, розуміючи їх. Кількість проявів реакції на зовнішнє середовище збільшується	Мовний запас 8-12 слів	Протягує іншій дитині іграшку, супроводжуючи це сміхом та лопотанням. На прохання обіймає батьків, прагне схвалення, підтвердження свого успіху близькою людиною

Віковий інтервал	Розуміння мовлення	Активне мовлення	Сенсорний розвиток	Гра	Рухи	Навички	Емоції, соціальна поведінка
1 рік 1 місяць -	Реагує на схвалення або заборону. Шукає на прохання предмет, яким щойно грались	Говорить подвійні або подвійні склади зі змістом. Говорить осмислені слова з двома різними голосними	Орієнтується у двох контрастних величинах, формах предметів: «велике» і «маленьке». Співвідносить та порівнює властивості предметів. За зразком дорослого з 2-3 кольорових кульок, кубиків обирає предмет потрібного кольору	Відтворює у грі раніше завчені дії з предметами: годує ляльку, налізує кильця на стержень	Ходить довго не сідаючи, змінює положення тіла, нахиляється, повертається	Самостійно їсть густу їжу ложкою	З'являється співпереживання, розрада. Використовує слово «ні», не погоджуючись
1 рік 4 місяці - 1 рік 6 місяців	Відбирає предмети за певними ознаками при ловесному розумінні	Називає предмети та дії у момент зацікавленості	Орієнтується в 3-4 контрастних формах предметів (куля, куб, цеглини, призма)	Відображує в грі окремі дії, які часто спостерігає. Возить за мотузку машинку, будує будиночок з кубиків	Переступає через паличку, яка лежить на підлозі (без підтримки). Переступає приставним чи почерговим кроком з палиці з підтримкою за руку	Самостійно їсть рідку їжу ложкою	Використовує «так». Починає розрізняти речі за належністю різним членам родини: «бабусині окуляри», «мамина сумка». Починає уважно вдивлятися у своє зображення в дзеркалі, ідентифікує його з собою
1 рік 7 місяців - 1 рік 9 місяців	Розуміє питання дорослого	Під час гри словами та двослівними реченнями позначає свої дії	Диференціює 3-4 форми предметів, орієнтується в кількісних характеристиках «багато», «мало»	Відображує нескладні сюжетні побудови – типу «ворота», «хатки», «лавочки»	Переступає через палицю або перешкоду висотою 5 см	Частково знімає одяг і взуття з допомогою дорослого (черевики, шапку)	Допомагає в простій роботі (за інструкцією). Імітує дії дорослих з побутовими предметами

Віковий інтервал	Розуміння мовлення	Активне мовлення	Сенсорний розвиток	Гра	Руки	Навички	Емоції, соціальна поведінка
1 рік 10 місяців – 2 роки	Слухаючи розповіді дорослого, розуміє (без показу) по дії, які знайоми, уявляє людей	При спілкуванні з дорослими користується 3-співними реченнями, вживаючи іменники та займенники	Підбирає за зразком та словом 3-4 контрастних кольори, поєднує предмети та їх частини за формою, розміром, кольором	У грі відтворює ряд послідовних дій	Переступає через палицю або перешкоду висотою 10 см	Частково одягає одяг і взуття (черевики, шкарпетки)	Активно використовує жести. Гостра реакція на відсутність матері. Дитина починає описувати свої дії і речі: «я сідаю», «моя іграшка»
2 роки – 2 роки 6 місяців	Говорить складними реченнями (більше 3 слів)	Починає вживати складні підрядні речення	За зразком складає складні геометричні фігури. Підбирає за зразком різні предмети 4-ьох основних кольорів	Гра має сюжетний характер. Дитина на відображує взаємозв'язок і послідовність дій з навколишнього життя. Самостійно робить прості сюжетні побудови та називає їх	Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 15 см	Повністю одягається, їсть акуратно	Знає частини свого тіла і називає їх (голова, очі, ніс). Дитина може повідомити свій стан
2 роки 6 місяців – 3 роки	З'являються запитання «де?», «куди?»	З'являються запитання «чому?», «коли?»	У своїй діяльності активно використовує геометричні фігури за призначенням. Називає 4 основні кольори.	З'являються елементи рольової гри. Вводить у гру замість себе іграшку. Виникають складні сюжетні перебудови. За допомогою пластиліну, опівця зображує прості предмети та називає їх. Може гратися з однопітками	Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 20 см	Самостійно одягається, може застебнути гудзики, зав'язати шнурівки з незначною допомогою дорослого. Користується серветкою	З'являється розуміння та використання в мовленні заміників «я», «моє», «ти», «твое». Має уявлення про ставеву належність

Психологічні методики для визначення показників батьківського потенціалу

Назва методики	Джерело
Тест-опитувальник батьківського ставлення	Соціально-педагогічна діагностика : наук.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, Я. І. Юрків, І. С. Сьомкіна ; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – С. 232–239.
Методика «Вимірювання надії»	Соціально-педагогічна діагностика : наук.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, Я. І. Юрків, І. С. Сьомкіна ; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – С. 239-241.
Методика діагностики міжособистісних стосунків	Соціально-педагогічна діагностика : наук.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, Я. І. Юрків, І. С. Сьомкіна ; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – С. 250-258.
Методика вивчення потреби спілкування (ПС) та потреби досягнення (ПД)	Соціально-педагогічна діагностика : наук.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Н. П. Краснова, Л. П. Харченко, Я. І. Юрків, І. С. Сьомкіна ; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – С. 267-273.
Методика діагностики міжособових стосунків Т. Лірі	Райгородский Д. Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. – Самара : БАХРАХ-М, 2001. – С. 408-418.
Методика визначення труднощів у встановленні контактів В. Бойка	Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – С. 438-440.
Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокича	Райгородский Д. Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. – Самара : БАХРАХ-М, 2001 – С. 637-641.
Методика «Життєві цінності» (автор Н. Шевченко)	Діагностичний інструментарій психолога / упоряд. Т. Гончаренко. – К. : Шк. світ, 2008. – С. 117-119.
Методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверькова та Є. Ейдмана	Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – С. 63-67.
Вивчення акцентуації за допомогою методики Леонгарда-Шмішека	Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – С. 427-433.

Додаток 3.3.

Картка оцінки Випадку Відмови або ризику Відмови Від новонародженої дитини¹⁷

1. Дата отримання повідомлення « _____ » _____ р.

2. Суб'єкт, який надав інформацію (у разі, якщо інформація надійшла від кількох суб'єктів – зазначаються всі суб'єкти, від яких надійшла інформація; якщо особа сама звернулася по допомогу - зазначається самозвернення)

3. Дата зустрічі з працівником закладу охорони здоров'я « _____ » _____ р.

4. _____

(Прізвище, ім'я та по батькові, посада особи, з якою проведено зустріч)

Інформація про жінку, яка виявила намір або має ризик відмови від новонародженої дитини (інформація заповнюється з урахуванням проведеної роботи із працівниками закладу охорони здоров'я, з жінкою, її родичами, представниками різних установ, організацій, закладів; якщо протягом перебування жінки у пологовому стаціонарі не було зібрано з об'єктивних причин певної інформації, у графі пишуть «інформація відсутня з таких причин...» і зазначають причини)

1. Прізвище, ім'я та по батькові

2. Дата народження « _____ » _____ р.

3. Місце проживання/реєстрації (за наявності окремого місця проживання та реєстрації необхідно зафіксувати дві адреси)

Телефон (домашній, моб.) _____

4. Сімейний стан: одружена / неодружена / проживає зі співмешканцем
(необхідне підкреслити)

5. Наявність у жінки дітей (старшого віку): так / ні

(необхідне підкреслити, якщо так, зазначити скільки дітей, якого віку, місце їх проживання)

Освіта, попереднє місце роботи _____

¹⁷ Картка оцінки затверджена Інструкцією щодо здійснення центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді соціальної роботи з профілактики раннього соціального сирітства у пологовому стаціонарі, затверджена наказом Держсоцслужби Міністерства молоді та спорту від 29.11.2010 № 61.

6. Місце проживання/реєстрації батька дитини (якщо він проживає окремо) (за наявності окремого місця проживання та реєстрації необхідно зафіксувати дві адреси)

Наявність попередніх випадків відмови від дитини/ позбавлення батьківських прав

7. Дата пологів « _____ » _____ р.

8. Характер пологів

(зі слів працівників пологового стаціонару)

9. Стан здоров'я матері (до пологів, після пологів)

(зі слів працівників пологового стаціонару)

10. Чи була жінка на обліку у жіночій консультації: так / ні
(необхідне підкреслити)

11. Стан здоров'я дитини

(зі слів працівників пологового стаціонару)

12. Чи дала мати ім'я своїй дитині

13. Чи були повідомлені родичі, батьки, чоловік про народження дитини: так / ні

(хто саме)

(їх ставлення до дитини)

14. Наявність відвідувачів породіллі у пологовому стаціонарі (за наявності зазначити, хто відвідував та їх вплив на емоційний стан жінки)

15. Наявність документів та речей матері, дитини:

_____ (зазначити, які є речі)

_____ (зазначити, які є документи)

зазначити, чи є речі першої необхідності для дитини (*які саме, яких не вистачає*)

_____ зазначити, чи має мати особисті речі (*одяг, взуття, предмети гігієни*)

16. Повідомлення матері про намір відмовитися від дитини (*необхідне підкреслити*):

матір повідомила про намір відмови: _____ перед пологами / після пологів

форма повідомлення: _____ усна / письмова

форма відмови від дитини: _____ повна / тимчасова

причини відмови: *неготовність виховувати дитину через вік; відсутність житла/ матеріальні проблеми; батьки, родина проти дитини; дитина неочікувана; одинока мати; зґвалтування; фізична неспроможність; душевні розлади; ВІП-інфекція, СНІД, алкогольна/наркотична залежність матері або членів родини (необхідне підкреслити) інше (зазначити)*

17. Результати спілкування медичного персоналу з матір'ю (*чи іде мати на контакт, чи виявляє готовність до співпраці, якої саме допомоги та підтримки потребує тощо*)

18. Реакція матері на заохочення її до контакту з дитиною (*у тому числі через грудне вигодовування*)

19. Особливості здійснення матір'ю догляду за дитиною

20. Нагальні потреби:

_____ (матері)

_____ (дитині)

21. Наявність підтримки матері з боку родини, оточення (від кого саме і якого характеру підтримка)

22. Звідки може бути надана підтримка

23. Запланована дата виписки матері та дитини з пологового стаціонару (або термін перебування у післяпологовому стаціонарі)

« _____ » _____ р. з « _____ » _____ р. по « _____ » _____ р.

24. Реакція матері на повідомлення про наслідки відмови

25. Згода або незгода отримувати соціальні послуги

26. Висновок за результатами спілкування з жінкою соціального працівника (необхідно зазначити результати спілкування соціального працівника (змінює жінка рішення чи ні), які визначено ресурси об'єкта соціальної роботи, яких заходів необхідно вжити, чи потребує об'єкт соціальної роботи, соціального супроводу, розміщення в заклад, яких суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю необхідно долучити до вирішення питань, чи доцільно продовжувати роботу з об'єктом соціальної роботи тощо):

Підпис спеціаліста центру _____

(ПІБ, посада) _____

Додаток 3.4.

Індивідуальний план роботи
з отримувачем послуг¹⁸

Прізвище, ім'я матері: _____ «ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ім'я дитини: _____ Директор

«_____» _____ р.

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
1	Фізичний розвиток	I. Потреби дитини		Протягом 6 міс.
	Стабільне фізичне функціонування дитини	Надання консультацій щодо психомоторного розвитку дитини від народження до 6 місяців (моторика, мовлення, статика, сенсорні реакції, поведінка). Тематика занять: «Приготування молочної суміші для дитини»; «Рациональне харчування дитини»; «Здорове харчування»; «Прикладання дитини до грудей»; «Масаж для дитини»; «Гігієна дитини»; «Основи догляду за новонародженим. Основні рефлекси новонародженого»; «Розвиток дитини від 0 до 12 місяців»; «Правила здорового сну немовляти»	Мати дитини Соціальний педагог Медичний працівник	
	Дитина має гарний вигляд, доглянута	Проведення практичних занять щодо фізичного розвитку дитини (гігієна, масаж, догляд, купання, переодягання, прогулянка)	Мати дитини Медичний працівник	
	Дитина перебуває у безпечному середовищі	Консультавання щодо забезпечення для дитини безпечного середовища	Мати дитини Соціальний педагог Психолог	

¹⁸ Зразок з досвіду роботи Полтавського обласного соціального центру матері та дитини.

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
	Когнітивний розвиток			
	Нормальний розумовий розвиток дитини	Надання консультацій щодо нормального функціонування розумового розвитку	Мати дитини Психолог	
	Дитина розвивається згідно з нормами, отримує увагу, любов та турботу з боку матері. Потреби дитини задовольняються	Консультавання щодо розвитку дитини раннього віку, прояву любові до дитини, спілкування з дитиною, виховання дитини з урахуванням усіх потреб. «Забави для дитини. Чим забавити дитину»; «Встановлення зорового контакту з дитиною»; «Гри для дитини. Потішки. Віршики. Колискові» Групові відеолекції: «Розвиваючі ігри та іграшки для дітей»; «Дитина від народження до 1 року»; «Здоров'я малюка»; Індивідуальні практичні заняття щодо когнітивного розвитку дитини від 0 до 6 місяців (показ вправ, методика проведення ігор, технологія підбору іграшок)	Мати дитини Соціальний педагог	
	Дитина має іграшки для кращого розвитку, отримує увагу від матері, залучена до гри, усміхнена, життєрадісна	Проведення тренінгових занять для матері щодо підбору розвивальних ігор для дитини віком від 0 до 6 місяців, встановлення емоційного зв'язку з дитиною, спілкування у родині. «Актуальність періоду раннього віку в розвитку дитини»; «Розвиток дитини раннього віку»; «Організація розвивального середовища»; «Світ гри в житті дитини»; «Спілкування в сім'ї»	Мати дитини Соціальний педагог	

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
	Емоційний розвиток	Індивідуальні консультації та групові лекції: «Спілкування матері з дитиною. Емоційне спілкування»; «Як заспокоїти дитину під час плачу. На що потрібно звертати увагу під час догляду за дитиною»; «Розмови з дитиною. Спілкування матері з дитиною»; «Як проявляти свою любов до дитини»; «Емоційне тепло матері до дитини»; «Забезпечення безпечного середовища для дитини»; «Пам'ятка для батьків. 10 заповідей для батьків»	Мати дитини Соціальний педагог	
	Нормальний емоційний розвиток	Консультації щодо емоційного розвитку дитини, на що потрібно звернути увагу під час догляду за дитиною, як слід проявляти свою любов та турботу до дитини	Мати дитини Соціальний педагог Психолог	
	Соціальний розвиток			
	Нормальний соціальний розвиток	Заняття: «Розвивальні ігри для найменших»; «Оцінка психомоторного розвитку дитини раннього віку»; «Дитячі забави». Консультації щодо соціального розвитку дитини, на що потрібно звернути увагу під час догляду за дитиною, як слід задовольняти потреби дитини	Мати дитини Соціальний педагог	
2		II. Виховний потенціал матері		Протягом 6 місяців
	Мати має знання щодо нормального розвитку дитини від народження до 6 місяців (кожного місяця)	Консультавання жінки з питань нормального розвитку дитини (кожного місяця)	Мати дитини Соціальний педагог Медичний працівник Психолог	

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
	Мати дотримується норм гігієни у догляді за дитиною. Дитина має чисту шкіру, охайний вигляд	Консультації щодо норм гігієни стосовно дитини та догляду за речами	Мати дитини Медичний працівник Соціальний педагог	
	Мати вміє приготувати необхідну суміш, кашу. Дитина добре розвивається, набирає вагу, отримує необхідні вітаміни	Консультації та допомога щодо умінь готувати молочні суміші та кашу	Мати дитини Соціальний педагог	
	Мати встановила правильний режим дня дитини. Дитина в один і той самий час спить, харчується, здійснює з мамою прогулянки на свіжому повітрі	Індивідуальні заняття щодо встановлення режиму дня для дитини (сон, прогулянка, харчування)	Мати дитини Соціальний педагог	
	Усі потреби дитини задовольняються	Консультації щодо виникнення та задоволення потреб дитини від народження до 6 місяців	Мати дитини Медичний працівник Соціальний педагог	
	У дитини встановлений емоційний зв'язок з мамою, як наслідок вони спокійні, життєрадісні	Індивідуальні заняття щодо усвідомлення материнства, формування материнських навичок, умінь спілкуватися з дитиною, надавати підтримку дитині	Мати дитини Соціальний педагог Психолог	
3		III. Розвиток соціальних навичок матері		Протягом 6 місяців
	Жінка не завжди емоційно стабільна, має підвищений рівень тривожності	Консультації психолога, заняття з арт-терапії	Мати дитини Психолог	

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
	Жінка не палить, доглядає за власним здоров'ям	Профілактичні бесіди щодо ведення здорового способу життя; використання засобів контрацепції. «Ранні статеві стосунки між чоловіком і жінкою»; «Негативний вплив на організм тютюнокуріння»; «Наслідки вживання алкоголю»	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка стежить за власною зовнішністю. Користується гігієнічними засобами, косметикою	Консультавання жінки щодо дотримання норм власної гігієни (догляд за тілом, волоссям, нігтями, ротовою порожниною). Заняття «Як бути гарною та бажаною»	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка заощаджує кошти для придбання житла після виходу з центру. Уміє планувати витрати	Заняття щодо уміння планувати власні витрати, складати план витрат на місяць, співвідносити дохід і витрату коштів, заощаджувати кошти (для придбання житла, речей для дому тощо)	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка замислюється про навчання, вибір професії після виходу з ПОСЦМД	Консультавання щодо вибору майбутньої професії. Перспектива навчання	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка знає правила та норми етикету. Поводиться ввічливо, розуміє необхідність вживання нормативної лексики	Лекції щодо норм та правил етикету спілкування, поведження в громаді, зовнішнього вигляду, проїзду в громадському транспорті, вживання нормативної лексики і т. д. Групові лекції: «Правила поведження в громадських місцях» «Етикет спілкування»	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка розуміється на приготуванні смачних страв, уміє готувати прості страви, пекти пироги	Практичні заняття та консультації щодо приготування страв та пошук цікавих рецептів. Технологія приготування страв. Заготівля консервації	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка прибирає кожного дня. Стежить за чистотою приміщень, предметів, речей	Консультавання щодо навичок догляду за кімнатою, приміщенням, особистими речами, меблями	Мати дитини Соціальний педагог	

Розділ	Очікувані результати	Заходи/ послуги	Виконавці/ відповідальні	Термін виконання
4		IV. Соціалізація та подальше влаштування сім'ї у громаді	Соціальний педагог	Протягом 6 місяців
	Жінка має налагоджені стосунки з родиною, соціальним оточенням. У неї спокійний емоційний настрій	Консультації щодо налагодження стосунків з родиною, соціальним оточенням; формування умінь знаходити спільну мову. Сімейна групова нарада з родичами	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка знає, куди слід звернутися в разі необхідності, уміє користуватися ресурсами громади	Консультації щодо умінь звертатися до людей з проханням, звертатися в установи, організації, умінь користуватися ресурсами громади, почувати себе повноцінним членом громади	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка впевнена в собі, має добрий настрій, уміє самостійно прийняти рішення	Заняття з жінкою щодо формування умінь керувати своїми емоціями, підвищення самооцінки, самостійності у прийнятті рішень	Мати дитини Соціальний педагог	
	Жінка заощаджує кошти для придбання житла, має плани на майбутнє	Бесіда щодо придбання житла для родини. Планування життя після виходу з ПОСЦМД	Мати дитини Соціальний педагог Працівник ЦСССДМ	

Погоджена дата перегляду плану: « ____ » _____ р.

Я погоджуюся зі змістом плану та буду сприяти його виконанню.

Я отримала копію плану:

Підпис матері _____

Дата: « ____ » _____ р.

Підпис соціального педагога _____

Дата: « ____ » _____ р.

РОЗДІЛ
4

**СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ
ВИПУСКНИКІВ ІНТЕРНАТНИХ
ЗАКЛАДІВ**

РОЗДІЛ 4. Соціальна інтеграція Випускників інтернатних закладів

- У чому полягає сутність проблеми?
- Якими є типові проблеми, труднощі випускників інтернатних закладів?
- Як впливає досвід виховання в інтернатному закладі на дитину, молоду людину?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з випускниками інтернатних закладів?
- Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?
- Хто може бути надавачем послуги соціальної інтеграції?
- У чому полягають зміст та мета послуги соціальної інтеграції?
- На яких принципах ґрунтується надання послуги соціальної інтеграції?
- Чи є специфіка прийняття рішення щодо надання послуги із соціальної інтеграції?
- Які етапи індивідуальної роботи з випускником інтернатного закладу?
- Які особливості проведення оцінки потреб?
- Як здійснюються планування роботи та перегляд плану?
- Що відбувається після завершення співпраці з випускником?
- Які особливості групової роботи з випускниками інтернатного закладу?
- У чому полягає зміст роботи в громаді?
- Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з випускниками інтернатних закладів?

Додаток 4.1. Комплексна оцінка потреб отримувача соціальної послуги

Додаток 4.2. Індивідуальний план отримувача соціальної послуги

Додаток 4.3. Тренінгова програма підвищення соціальної компетентності молодих людей «Як стати успішним»

У чому полягає сутність проблеми?

Випускники інтернатних закладів залишаються однією з найбільш вразливих соціальних груп, яка потребує професійної підтримки, особливо у перехідний період від завершення перебування в інтернатному закладі до самостійного життя в громаді. На особливих потребах та підтримці молоді в цей життєвий період наголошено у низці міжнародних документів, серед яких: Рекомендації ООН щодо альтернативної опіки для дітей, Рекомендації Ради Європи щодо забезпечення прав дітей, які виховуються в інтернатних закладах, Стандарти якості забезпечення альтернативної опіки для дітей.

Якими є типові проблеми, труднощі випускників інтернатних закладів?

Здебільшого, випускники інтернатів мають труднощі у виборі професії, яка б відповідала їх потребам та інтересам, виборі вищого навчального закладу для її здобуття, а потім – у завершенні обраної освіти, пошуку роботи і збереженні стабільності та зростання у професійній діяльності. Також молоді люди доволі часто мають труднощі зі встановленням соціальних зв'язків, створенням повноцінної сім'ї, вихованням дітей. Найбільш незахищені з них схильні до участі у протиправній діяльності.

У зв'язку із поступовим зменшенням кількості дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які виховуються в інтернатних закладах і стають їх випускниками, та зростанням кількості дітей, які виховуються в інтернатних закладах за заявою батьків, виникає питання доцільності державної підтримки випускників, які не мають відповідного статусу.

Випускники іншого юридичного статусу також можуть мати низький рівень розвитку життєвих навичок та готовності до самостійного життя після виходу з інтернатного закладу, обмежену мережу соціальних контактів, труднощі з житлом та професійним вибором. За роки проживання в закладі такі діти іноді остаточно втрачають контакт з біологічною сім'єю, особливо якщо та на момент влаштування перебувала у СЖО і не змогла їх подолати.

Як впливає досвід виховання в інтернатному закладі на дитину, молоду людину?

Загалом, виховання в інтернатному закладі суперечить ідеї формування самостійної особистості, незалежно від волі та добрих намірів керівництва і персоналу закладу. Тлумачний словник української мови визначає «самостійність» як «уміння діяти без сторонньої допомоги або керівництва, можливість поводитися вільно, незалежно, проявляти власну ініціативу; свобода від будь-якої влади, не підпорядкованість; самостійні дії». Проте дитина, молода людина, яка виховується в інтернатному закладі, завжди перебуває у підпорядкуванні, залежності до дорослих, які несуть за неї юридичну від-

повідальність, не може діяти без їх дозволу. Тому зусилля педагогів закладу спрямовані переважно на виховання дисциплінованості, слухняності та розвиток пізнавальної сфери особистості. Це, безперечно, важливо для будь-якої людини, але розвиненість лише цих якостей не забезпечить успішної соціалізації вчорашнього випускника.

Високий рівень вразливості випускників інтернатних закладів може бути зумовлений рядом факторів, зокрема:

- недостатністю навичок, необхідних для самостійного життя (планування бюджету, ведення домашнього господарства, вирішення побутових проблем, здоровий спосіб життя);
- відсутністю гарантованої професійної підтримки у період переходу від життя в закладі до самостійного;
- формуванням споживацької позиції та неготовністю брати на себе відповідальність за своє життя;
- формуванням так званого комплексу вивченої безпорадності, коли молода людина, маючи попередній негативний життєвий досвід, сприймає себе як безпорадну, нікчемну, у безвиході, соромиться свого життєвого досвіду та статусу вихованця інтернатного закладу, відповідно займаючи пасивну, «захисну» позицію;
- наявністю інших складних життєвих обставин (наприклад, відсутність житла тощо);
- нестачею соціальних зв'язків.



Традиційно до свят, особливо у передноворічний та великодній період, діти, які живуть в інтернатних закладах, отримують подарунки, розваги, «майстер-класи» від різних благодійників. Звичайно, проти своєї волі, вони звикають до такого та очікують, що й надалі отримуватимуть сюрпризи від оточуючих. Проте спеціалісти після вступу випускників інтернатних закладів до ВНЗ зазвичай сподіваються, що ті самостійно справлятимуться зі своїми труднощами та не завдаватимуть їм «клопоту».

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з випускниками інтернатних закладів?

Нині діють нормативно-правові акти, що регламентують деякі аспекти соціальної роботи з підготовки випускників до самостійного життя та соціального супроводу після виходу з-під опіки, проте вони не передбачають комплексного підходу до такої роботи і надання професійної підтримки в найбільш критичний період життя випускників – перехід від перебування в закладі до самостійного життя.

З досвіду роботи

Партнерство «Кожній дитині» на замовлення Міністерства соціальної політики протягом 2012 - 2013 років розробило проект державного стандарту послуги соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів. Основою для державного стандарту став успішний досвід проекту «Програма соціальної інтеграції молоді, позбавленої батьківського піклування «Впевнений старт», у рамках якого було розроблено та пілотовано в Київській області модель соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів.

Свою чергою, проект державного стандарту також був апробований у п'яти пілотних регіонах України та отримав позитивні відгуки залучених практиків і керівників. (Державний стандарт соціальної послуги соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів (установ) затверджений наказом Міністерства соціальної політики України від 26.09.2016 № 1067)

Зупинимось детальніше на чинних нині основних нормативно-правових актах.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Закон України від 13.01.2005 р. № 2342-IV «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування»</p>	<p>Базовий нормативно-правовий акт, що регламентує державну підтримку, пільги та заходи щодо забезпечення соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Зокрема, Закон регламентує:</p> <ul style="list-style-type: none"> • заходи додаткового матеріального забезпечення випускників, їх працевлаштування, забезпечення житлом, медичне обслуговування, звільнення від плати за навчання в державних і комунальних навчальних закладах усіх рівнів, допомогу в працевлаштуванні у позанавчальний час, в отриманні послуг, пов'язаних із профорієнтацією та підготовкою до роботи за новою професією, інші аспекти життя після виходу з інтернатного закладу; • збереження права на житло, в якому діти проживали з батьками, рідними до влаштування в інтернатний заклад, відповідальність місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування за місцем знаходження житла дітей за збереження закріпленого житла і повернення його після виходу з інтернатного закладу. Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, які досягли 16 років, у разі відсутності в таких дітей житла мають право зараховуватися на квартирний облік та соціальний квартирний облік за місцем їх походження або проживання до встановлення опіки. <p>Також у Законі визначені поняття «випускники закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування», «соціальне житло» тощо</p>
<p>Постанова КМУ від 24.09.2008 р. № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини»</p>	<p>Серед іншого, регламентує захист майнових та житлових прав дітей, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Примірний галузевий стандарт надання соціальних послуг з соціальної адаптації учнів та випускників закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, осіб з їх числа, затверджений Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 21.12.2009 р. № 4389</p>	<p>Регламентує надання соціальних послуг із соціальної адаптації, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> • соціально-психологічних; • соціально-правових; • допомоги у вирішенні житлових питань; • розвитку навичок самообслуговування; • роботи з біологічною родиною; • проведення індивідуальних і групових консультацій, бесід; • профорієнтації
<p>Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та управлінь (відділів) освіти щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів і шкіл соціальної реабілітації, затверджений спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства освіти і науки України від 28.09.2007 р. № 3455/853</p>	<p>Регламентує функції відділів освіти, інтернатних закладів та центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо підготовки до самостійного життя дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.</p>
<p>Програма центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з соціальної адаптації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів, шкіл соціальної реабілітації та осіб з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, затверджена наказом Держ-соцслужби від 04.06.2008 р. № 31</p>	<p>Визначає зміст тренінгової програми, спрямованої на соціальну адаптацію дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, осіб з їх числа</p>

Надалі зміст соціальної роботи з випускниками інтернатних закладів буде описаний в контексті надання послуги соціальної інтеграції.

Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?

Оскільки діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, особи з їх числа перебувають на повному державному забезпеченні, вони мають ряд пільг та допомог, покликаних подолати відсутність підтримки та допомоги з боку рідної сім'ї.

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
1	Більшість пільг та допомог , у т. ч. і допомога в оформленні та отриманні виплат	Постанова КМУ «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування» (від 5 квітня 1994 р. № 226)	Протягом канікул у навчальних закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, передбачені додаткові пільги. При працевлаштуванні у період з 18 до 23 років діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, мають право отримати одяг, взуття і обладнання на визначену суму, а також одноразову грошову допомогу (виплату здійснює вищий навчальний заклад).
2	Надання одноразової грошової допомоги (її розмір періодично збільшується)	Стаття 25 Закону України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 № 2402-III, постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання одноразової допомоги дітям-сиротам і дітям, позбавленим батьківського піклування, після досягнення 18-річного віку» (від 25 серпня 2005 р. № 823)	Допомогу можна отримати у районному відділі (управлінні) освіти, подавши заяву та паспорт. У разі неотримання з будь-яких причин одноразової допомоги, її можна забрати протягом 3 років (до виповнення 21 року)
3	Пільги при вступі на навчання до професійно-технічних та вищих навчальних закладів	Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (від 13 січня 2005 р. № 2342-IV)	При вступі на навчання до професійно-технічних та вищих навчальних закладів діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, мають право отримати: <ul style="list-style-type: none"> • від закладу, в якому вони виховувалися: комплект нового одягу і взуття, а також грошову допомогу; • від навчального закладу, до якого вони вступають: безоплатне забезпечення продуктами харчування, одягом, взуттям, безоплатне проживання у гуртожитку; стипендію на 50 % вищу, ніж звичайна стипендія; щорічну допомогу для купівлі навчальної літератури у розмірі трьох мінімальних звичайних академічних стипендій; щорічну матеріальну допомогу

Хто може бути надавачем послуги соціальної інтеграції?

Надавачем послуги для випускників інтернатних закладів, насамперед, є центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та соціальний гуртожиток для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Інші організації, установи, заклади державної і недержавної форми власності, фізичні особи-підприємці можуть залучатися до надання послуги в межах чинного законодавства та своїх повноважень.

Надавач послуги співпрацює з іншими учасниками процесу надання послуги та суб'єктами соціальної роботи. Послугу можуть надавати кілька надавачів за дотримання принципу послідовності і наступності, у тому числі поетапно.

Інтернатний заклад бере участь у наданні послуги соціальної інтеграції в межах завдань, визначених відповідним Положенням про заклад та іншими нормативно-правовими актами.

Надання послуги обов'язково передбачає участь отримувача та залучення суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, які перебувають у складних життєвих обставинах, для виконання завдань індивідуального плану.

Якщо молода людина змінює місце постійного проживання (після виходу з інтернатного закладу, переїзду до іншої громади (зокрема, повернення до громади за місцем походження для навчання у ВНЗ чи працевлаштування), попередній надавач послуги передає надавачу за новим місцем проживання молодій людині разом із супровідним листом пакет документів, який відображає зміст та результати проведеної роботи.

У чому полягають зміст та мета послуги соціальної інтеграції?

Метою послуги соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів є **розвиток соціальної компетентності, сприяння найкращій реалізації їх особистісного потенціалу у період переходу до самостійного життя**. Не варто звужувати діяльність фахівців до «підготовки молодого людини до самостійного життя» (щоб життя в поточний момент не перетворювалося на «підготовку до іншого життя»), сприяння в соціальній адаптації до нових умов (молода людина має зайняти активну життєву позицію) чи подолання складних життєвих обставин (які, за замовчуванням, є в кожній молодій людині, яка була влаштована в інтернатний заклад).

Для досягнення мети ФСР/соціальний працівник, який супроводжує молоду людину:

- допомагає в розвитку її практичних життєвих навичок;
- заохочує до зростання відповідальності за власне життя, до професійного та особистісного самовизначення, здобуття кваліфікації;

- надає підтримку на перших етапах професійної самореалізації;
- допомагає у формуванні власної мережі підтримки, пошуку і залученні зовнішніх ресурсів для вирішення складних питань, відновленні або налагодженні стосунків з біологічними родичами, у тому числі батьками.

Зміст соціальної інтеграції випусників інтернатних закладів охоплює такі компоненти (рис. 3):

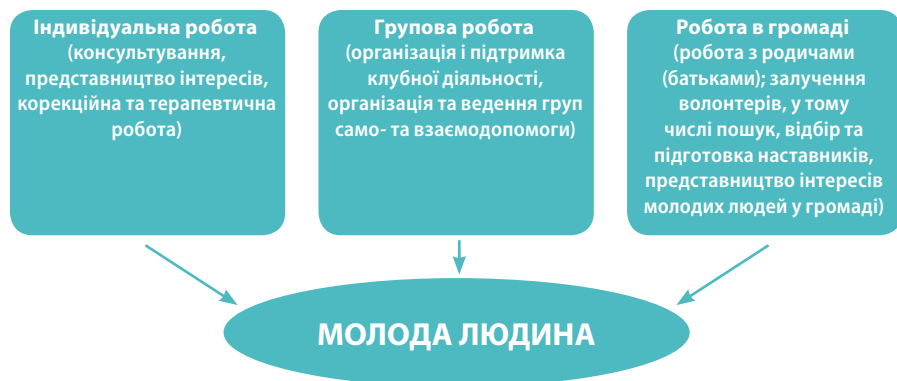


Рис. 3. Зміст соціальної інтеграції випусників інтернатних закладів

Пріоритетним компонентом є **індивідуальна робота**, оскільки саме вона дає можливість визначити потреби молодого людини, її сильні сторони та компетенції і спланувати найбільш відповідну підтримку в перехідний період до самостійності.

На яких принципах ґрунтується надання послуги соціальної інтеграції?

Надання послуги соціальної інтеграції передбачає **втілення нових принципів** – участь, мотивування та насаження до поступового зростання відповідальності, орієнтація на сильні сторони молодого людини.

Участь – базовий принцип, що забезпечує можливість для молодого людини висловлювати та обстоювати свої погляди щодо питань, які стосуються її теперішнього життя та майбутнього. Участь – це й система відносин між спеціалістом і молодого людиною, що починається зі ставлення дорослих (спеціалістів) до молодих людей. Це ключове ставлення полягає в тому, що ФСР/соціальний працівник (або група фахівців), який надає соціальну підтримку молодого людині, поважає і цінує її як унікальну й цілісну особистість, виконує належну діяльність **«не для молодого людини, а разом із нею»**.

Першим кроком до участі молодих людей є визнання того, що юність – це особливий період, цілий світ, відмінний від світу дорослих і, водночас, пов'язаний із ним. ФСР/соціальні працівники мають також розуміти, що думки та бажання молоді можуть відрізнятись від того, що вони хотіли б почути. З іншого боку, юність – маргінальний період життя людини, етап переходу від дитинства до дорослості, від несамостійності (проживання в інтернатному закладі) до незалежності й відповідальності (проживання в громаді). Цей період є непростим випробовуванням, яке водночас є визначальним для подальшого життя випускника. Без спроб прийняття власних рішень, без делегування йому певних повноважень щодо розпорядження своїм життям неможливо повноцінно пройти цей шлях.

Участь молоді людини забезпечують шляхом:

- довірливого спілкування (інформування з усіх питань, які стосуються молоді людини, підтримка у формулюванні питань та щирість у відповідях); поваги до її думок, поглядів і життєвого досвіду;
- спільного прийняття рішень (увага до того, що є важливим для молоді людини, навіть якщо це не зовсім збігається з цілями запланованої діяльності; надання можливості вибору та наділення повноваженнями);
- підтримки ініціатив (визнання того, що молоді люди мають таланти, сильні сторони і навички, а також слабкі і вразливі місця; орієнтація на майбутнє, а не на минуле).

! ФСР/соціальний працівник, який супроводжує молоду людину, має бути готовий створювати умови для участі молоді людини та підтримувати її у прийнятті все більшої відповідальності за свої рішення.

Водночас ступінь залучення молоді людини залежить від рівня її готовності та ставлення, позиції фахівця, який її супроводжує. Американський дослідник з питань участі дітей та молоді Роджер Харт описав три рівні неучасті молоді (відверта маніпуляція, використання молоді як декорації, видимість участі) та п'ять рівнів участі, які розглянемо детальніше (рис. 4).

На кожному рівні молода людина має розуміти, що з нею відбувається, що на неї чекає, які рішення і дії вона здатна сама прийняти та реалізувати на шляху до бажаного. Саме тому спеціалісти повинні визнавати і заохочувати зростання рівня участі молоді людини, мотивувати і стимулювати її виконувати домовленості та визначену діяльність.



Рис. 4. Рівні (сходинки) участі за Роджером Хартом

Створюючи умови та можливості для участі молодшої людини, ФСП/соціальний працівник, який її супроводжує:

- формує дійсно довірливі стосунки з молодшою людиною;
- виявляє справжню повагу до поглядів молодшої людини, що, своєю чергою, підвищує її довіру до себе;
- заохочує випускника говорити про те, що важливо для нього, покращувати навички, розвивати позитивну соціальну мережу;
- сприяє зростанню впевненості молодшої людини в собі;
- допомагає молодій людині приймати «свої» рішення, які стосуються її власного життя;
- підвищує захищеність молоді (часто зловживання щодо молодшої людини пов'язані саме з нездатністю вислухати її).

Отже, соціальний супровід молодшої людини стає демократичним партнерством, що передбачає прозорість стосунків, відкритість у прийнятті рішень, підтримку постійного контакту та зв'язку у плануванні заходів і послуг, надання й отримання зворотного зв'язку. За таких умов молода людина залучається до процесу соціального супроводу та бере активну участь у всіх кроках до соціальної і професійної інтеграції. Мотивуючи молодь, яка виходить з-під опіки до участі, слід зважати на її потенціал відновлення (рис. 5). Потенціал, своєю чергою, може бути розкритий під час комплексної оцінки та аналізу сильних сторін.



Рис. 5. Взаємозв'язок принципів надання послуги соціальної інтеграції

Участь, мотивування та відновлення становлять триєдину основу соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів. Реалізація цих принципів в індивідуальній та груповій роботі веде до поступового зростання їх самостійності та незалежності, розвитку життєвих навичок і вмій планувати й організувати своє життя, долати життєві труднощі.

Забезпечення участі молодої людини у процесі надання соціальної послуги може стати каталізатором для більш широкої участі всіх зацікавлених сторін та сприяти міжвідомчій і міждисциплінарній взаємодії в інтересах молодої людини.

Чи є специфіка прийняття рішення щодо надання послуги із соціальної інтеграції?

Послуга із соціальної інтеграції має надаватися всім випускникам інтернатних закладів в обов'язковому порядку. Надання послуги розпочинається як мінімум за рік до завершення перебування молодої людини в закладі з тим, щоб відповідальний фахівець міг розвинути партнерські стосунки з молодою людиною та забезпечити для неї дієву підтримку у період переходу від проживання в закладі до самостійного життя. Також за цей час молода людина може остаточно визначитися із професійним вибором (якщо вона не зробила цього раніше).

Надання послуги триває протягом першого року після випуску з інтернатного закладу, незалежно від того, чи молода людина вступила до ВНЗ, чи розпочала професійну діяльність, чи перебуває без певної зайнятості.

У разі наявності складних життєвих обставин, які молода людина не в змозі подолати самостійно, надання послуги після випуску з інтернатного закладу може бути продовжено більше ніж на один рік.

Які етапи індивідуальної роботи з випускником інтернатного закладу?

Індивідуальна робота ФСР/соціального працівника (ЦСССДМ чи громадської організації) з молодою людиною передбачає низку послідовних етапів:

1. Знайомство, налагодження контакту з молодою людиною.
2. Оцінка потреб та компетенцій.
3. Розроблення індивідуального плану підтримки у перехідний період від проживання в інтернатному закладі до самостійного життя (далі – індивідуальний план).
4. Реалізація індивідуального плану.
5. Перегляд індивідуального плану, корекція, за потреби, та продовження його реалізації.
6. Завершення діяльності в межах індивідуального плану.
7. Моніторинг та підтримка стабільності досягнутих результатів.

Знайомство ФСР/соціального працівника, який супроводжуватиме вихованця інтернатного закладу, має розпочинатися як мінімум за рік до завершення його перебування в закладі. Такий проміжок часу дає змогу провести ґрунтовну роботу з молодою людиною в той час, поки вона перебуває у звичному середовищі, налагодити стосунки з родинним оточенням та організувати ремонт житла (за потреби), залучити представників інших установ, організацій для вирішення конкретних проблем та сформуванню зовнішню мережу соціальної підтримки.

На першій зустрічі з молодою людиною, зазвичай, присутній соціальний педагог або практичний психолог інтернатного закладу, вихователь, з яким у випускника довірливі стосунки. Відповідальний ФСР/соціальний працівник ЦСССДМ розповідає про себе, організацію, яку він представляє, та доступно пояснює молодій людині зміст подальшої спільної роботи. Протягом першої і наступних зустрічей він зацікавлений спілкуватися з нею так, щоб молода людина могла йому довіряти.

Які особливості проведення оцінки потреб?

Далі визначений працівник закладу протягом тижня проводить **початкову оцінку потреб випускника за відповідною формою**. Під час оцінки працівник закладу, який вже тривалий час знає молоду людину, аналізує її соціальну історію, загальні дані, матеріальне забезпечення і, що найважливіше, – її знання, вміння, здібності та схильності, особливості поведінки. Мета початкової оцінки – узагальнити інформацію про стан забезпечення потреб особи та її готовності до самостійного життя.

Якщо у процесі початкової оцінки потреб виявлено необхідність негайних дій з метою захисту випускника (наприклад, у зв'язку зі станом здоров'я, порушенням житлових чи майнових прав, насиллям тощо), спеціаліст інтернатного закладу для дітей-сиріт зобов'язаний виконати зазначені дії самостійно або перенаправити до відповідного надавача послуги.

Заповнену форму початкової оцінки інтернатний заклад передає для ознайомлення ФСП/соціальному працівнику, який розпочинає **комплексну оцінку потреб випускника та його рівня оволодіння життєвими навичками** (додаток 4.1.). Метою комплексної оцінки потреб є визначення обсягу та змісту необхідних послуг і заходів, з урахуванням індивідуальних особливостей молодшої людини. Завдяки оцінці можна проаналізувати:

- потреби випускника для розвитку, його сильні та слабкі сторони;
- здатність і готовність біологічних батьків (якщо вони підтримують контакт із випускником) або осіб, які їх замінюють, родичів позитивно впливати на нього;
- фактори соціального середовища, їх наявний та потенційний вплив на процес соціальної інтеграції випускника, переваги і ризики його повернення в родинне середовище, громаду, з якої походить.

Для збору інформації під час комплексної оцінки також можна застосувати такі методи:

- інтерв'ю (з молодшою людиною, працівниками інтернатного закладу, в якому вона перебуває; спеціалістами навчального закладу; зі значущими особами в її житті);
- анкетування;
- аналіз документів молодшої людини, джерел її доходів та витрат; спостереження, обстеження житлово-побутових умов проживання за місцем реєстрації; а також психодіагностичні методики, генограму, карту соціальних контактів, екокарту (якщо є відповідна кваліфікація).

Оцінка здійснюється у процесі безпосередньої бесіди з молодшою людиною, а також шляхом аналізу документів.

За додатковою інформацією для проведення оцінки можна звернутися до фахівців інтернатного закладу, служби у справах дітей, управління праці та соціального захисту, закладу охорони здоров'я, людей із соціального оточення випускника.

Результати комплексної оцінки фіксуються у відповідній формі та узагальнюються у висновках оцінки потреб. Обов'язково необхідно ознайомити молодшу людину з висновками та поцікавитися, наскільки вона згодна чи не згодна з ними, попросити обґрунтувати свою думку. Також із висновками оцінки потреб ознайомлюються біологічні батьки (якщо вони підтримують контакт з

випускником), інші значущі в його житті особи, які мають можливість письмово висловити свої думки та пропозиції щодо підсумків.

Протягом 10 днів після завершення комплексної оцінки необхідно спільно з молодю людиною **скласти індивідуальний план**, що ґрунтується на основі результатів оцінки та сильних сторонах і ресурсах особистості (додаток 4.2).

Як здійснюються планування роботи та перегляд плану?

Планування роботи відповідального ФСР/соціального працівника здійснюється на основі власне індивідуального плану підтримки, що ґрунтується на результатах оцінки, сильних сторонах і ресурсах молоді людини. Індивідуальний план підтримки охоплює:

- мету надання послуги соціальної інтеграції та бажані результати, яких заплановано досягнути у процесі спільної діяльності;
- дії та заходи, які планується здійснити протягом визначеного часу;
- послідовність і терміни їх виконання; відповідальні особи;
- дати та результати перегляду плану, умови дострокового перегляду.

Тобто, план відображає спільну діяльність спеціаліста та молоді людини для досягнення позитивних змін у житті останньої.

- Для випускників, які перебувають останній рік в інтернатному закладі, план варто розробляти на період **не менше ніж на один рік**, щоб охопити в тому числі складний у житті молоді людини період від впуску з інтернатного закладу до вступу до ВНЗ.
- Для випускників, які вже навчаються у ВНЗ, працюють чи перебувають на обліку в центрі зайнятості, план складається на термін **не менше ніж шість місяців**.

Документ складається зрозумілою для випускника мовою за узгодженою формою у двох примірниках – один надається йому, другий залишається у спеціаліста. Також план погоджується з іншими організаціями, у тому числі інтернатним закладом, особами із соціального оточення отримувача, які будуть залучені до його реалізації. ФСР/соціальний працівник є відповідальним за реалізацію індивідуального плану та координує залучення інших сторін, з ним насамперед контактує випускник щодо питань реалізації запланованих дій.

ФСР/соціальний працівник зацікавлений у формуванні довірливих стосунків з молодю людиною для її заохочення, мотивації до виконання заходів плану та надання своєчасної підтримки. Він мотивує її самостійно приймати рішення щодо власного життя та нести за них відповідальність, зводячи до мінімуму необхідність приймати рішення за неї. Існує великий ризик того, що спеціаліст самостійно прийматиме важливі рішення та виконуватиме більшу ча-

стину діяльності, щиро вважаючи, що він дійсно допомагає випускнику. Але оскільки професійна позиція передбачає, що ФСР/соціальний працівник діє в інтересах молодшої людини (розвиток самостійності), то він виконує заплановані заходи спільно з нею, наскільки це можливо, а не замість неї, зводячи до мінімуму своє втручання (рис. 6).

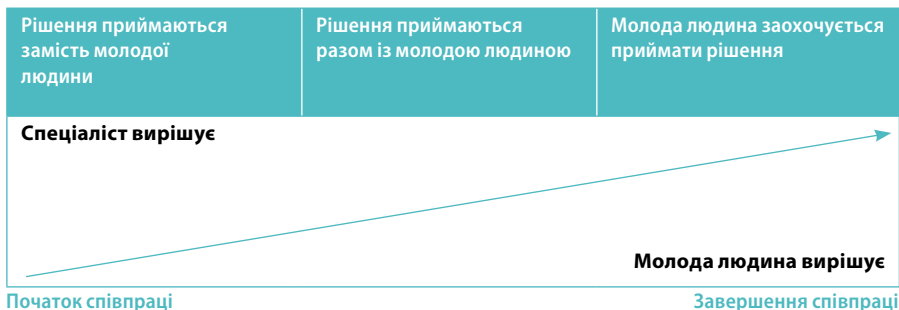


Рис. 6. Схема заохочення молоді до самостійності

Кожні три місяці з моменту затвердження плану ФСР/соціальний працівник спільно з молодшою людиною здійснюють **перегляд плану** для того, щоб оцінити успішність досягнення запланованих результатів, проаналізувати зміни в її житті, оцінити ефективність надання послуги.

За результатами перегляду до плану вносяться зміни, що відображають зміни у потребах та становищі випускника. Реалізація плану передбачає поступове зменшення інтенсивності надання послуг та заходів – залежно від досягнутих змін у становищі молодшої людини, рівня реалізації її особистісного потенціалу та розвитку соціальної компетентності.

Що відбувається після завершення співпраці з випускником?

Рішення **про завершення співпраці** ФСР/соціального працівника та молодшої людини приймається ними спільно на основі підсумкового перегляду індивідуального плану (співвіднесення очікуваних результатів та фактично досягнутих) впродовж останнього місяця запланованої діяльності. ФСР/соціальний працівник інформує випускника про те, що після завершення їх співпраці він здійснюватиме періодично (не рідше ніж два рази на рік) моніторинг стабільності досягнутих результатів шляхом індивідуальних зустрічей, телефонних дзвінків. Молода людина, зі свого боку, матиме можливість отримання періодичної допомоги. За потреби реалізація плану може бути продовжена на визначений проміжок часу (3-6 місяців).

Тривалість **етапу моніторингу** залежить від потреб випускника, однак має становити не менше ніж один рік. Співпраця на цьому етапі може відновитися без укладання окремого договору та індивідуального плану, якщо у молодшої людини відбуваються негативні зміни в житті, що загрожують стабільності

досягнутих результатів, або якщо вона самостійно звернулася по додаткову підтримку. Підтримка може надаватися і під час навчання у ВНЗ, і в перехідний період після завершення навчання до початку професійної діяльності.

Які особливості групової роботи з випускниками інтернатного закладу?

Групова робота є допоміжним засобом підтримки молодих людей у перехідний період та розвитку їх потенціалу. Однією з інноваційних форм групової роботи, що засвідчила свою ефективність, є молодіжний клуб.



Молодіжний клуб – місце, в якому молоді люди можуть покращити життєві навички, розширити мережу соціальних контактів, підвищити обізнаність із соціальними правами та одержати підтримку в їх реалізації.

Хоча пріоритетною цільовою групою в межах соціальної роботи з випускниками інтернатних закладів є власне молоді люди, позбавлені батьківського піклування, до участі в клубі можуть залучатися діти з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, активні молоді люди. Залучення учасників з різним життєвим досвідом сприятиме розширенню мережі позитивних соціальних контактів випускників за межами інтернатного закладу та засвоєнню ними нових форм поведінки.

Здебільшого, зустрічі клубу можуть розпочинатися у вересні та закінчуватися в травні наступного року; за цей період часу група учасників може природно змінюватися – одні молоді люди залишають клуб, інші приєднуються – проте важливо, щоб залишилася незмінною певна кількість учасників (10-12 осіб).

Для додаткової мотивації випускників до участі в заняттях, **зустрічі позиціонуються як клубні, а не навчальні**, а місце розташування клубу обирається поза межами місця їх постійного проживання. Можливі різні місця проведення клубних зустрічей, залежно від тематики, форм роботи та побажань учасників, – кав'ярня, будь-яке адміністративне приміщення, музеї, театри, гостьові візити або зустрічі на природі. Також можливі й різні форми, залежно від мети: тренінги, семінари, зустрічі з цікавими людьми, дискусії, колективні творчі справи, практичні заняття тощо.

Робота клубу ґрунтується на принципах участі молодих людей в організації діяльності, мотивації через зацікавленість, рівності учасників (молоді та спеціалістів), забезпечення позитивної атмосфери, застосування інтерактивних форм роботи, індивідуального підходу. До діяльності клубу відповідальний залучає фахівців інших організацій, громадськість, успішну молодь із числа колишніх випускників інтернатних закладів, волонтерів. Додатковими ресурсами для клубів є бібліотеки, будинки творчості, навчальні заклади, методичні центри, інші клуби за місцем проживання.



Для забезпечення діяльності клубу радимо використовувати тренінгову програму підвищення соціальної компетентності молоді «Як стати успішним», розроблену Партнерством «Кожній дитині» на основі консультацій з випускниками одного з інтернатних закладів Київської області та апробовану в ряді молодіжних клубів у різних містах України (додаток 4.3).

Також для групової роботи може використовуватися програма з соціальної адаптації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з числа учнів старших та випускних класів інтернатних закладів, шкіл соціальної реабілітації та осіб з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, затверджена наказом Державної соціальної служби від 04.06.2008 р. №31.

У чому полягає зміст роботи в громаді?

Робота в громаді як компонент послуги соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів передбачає представництво інтересів молодих людей у громаді, налагодження стосунків випускників з родинним оточення, залучення наставників.

Як зазначалося вище, під час комплексної оцінки також аналізується потенціал сімейного середовища та соціального оточення випускника. ФСР/соціальний працівник визначає, наскільки вони функціональні, наскільки позитивним чи негативним є їх вплив на молоду людину сьогодні та може бути в майбутньому; чи є ті родичі, сусіди, яким вона довіряє і які стануть її опорою. У разі наявності – спеціаліст має закріпити ці зв'язки, залучити таких людей до спільної роботи, допомогти зрозуміти прагнення, цілі молодої людини та шляхи їх досягнення, визначитися з формами її підтримки.

Незважаючи на складність завдань, які можуть стояти перед наставником, на практиці наставництво реалізується у звичних та простих видах діяльності:

- змістовне проведення вільного часу (екскурсії, відвідування музеїв, кіно, кафе, заняття спортом);
- розвиток життєвих навичок (приготування їжі, створення інтер'єру, користування інтернетом, управління бюджетом, здійснення покупок);
- спілкування (безпосередні бесіди, по телефону, через інтернет, обговорення емоцій та почуттів, здоров'я, навчання, роботи, поточних справ та планів);
- розширення контактів та здобуття нового досвіду (налагодження контактів з родичами, нові знайомства та друзі).

Якщо родинне та соціальне оточення є небезпечним для молодої людини, негативно на неї впливає, ФСР/соціальний працівник має розробити стратегію щодо обмеження впливу цих людей на молоду людину та створення сприятливого середовища. Першим кроком до цього може стати підбір наставника.



Наставник – це повнолітня дієздатна особа, яка пройшла спеціальну підготовку та добровільно і регулярно надає цілеспрямовану допомогу випускнику, особливо підтримку в перехідний період. Завдання наставництва – сприяти духовному, моральному і фізичному розвитку молодшої людини.

Також ФСР/соціальний працівник може залучати до реалізації індивідуального плану випускника осіб із його соціального оточення, які вже фактично виконують функції наставників.

Мотивований наставник відіграє важливу роль у житті молодшої людини, оскільки він слугує особистим прикладом, вислухає та підтримає як старший друг, порадник. Наставник намагається розвивати передусім неформальні стосунки, на відміну від спеціаліста, який є представником певної організації, чи фахівця інтернатного закладу.

Відповідальна організація, яка здійснює соціальну роботу з випускниками інтернатних закладів, укладає договір з наставником та закладом, у якому перебуває молода людина.

Якщо наставництво є єдиним видом підтримки молодшої людини, договір укладається між організацією, яка провадить діяльність з наставництва, закладом та наставником. Відповідальна організація в межах договору здійснює координацію та супервізію роботи наставника.

Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з випускниками інтернатних закладів?

Для успішної діяльності із соціальної інтеграції ФСР/соціальному працівнику необхідно вміти управляти змінами, оскільки його співпраця з молодшою людиною, випускником інтернатного закладу, спрямована на спонукання до змін у поведінці, ставленні останнього і відбувається у період змін у житті молодшої людини.

У будь-якому процесі впровадження змін можна виділити чотири етапи:

1	Виникнення у молодшої людини мотивації до змін Відчуття незадоволеності, що створюється шляхом зіставлення нинішнього стану і бажаного, такого, який має утворитися у результаті змін
2	Підготовка змін Участь молодшої людини у плануванні діяльності, що передбачає певні зміни або ж нові види поведінки, спонукає її до відповідальності за виконання діяльності
3	Власне зміна Активне залучення молодшої людини – необхідна умова успіху змін, оскільки перебуваючи у центрі процесу змін, вона найкраще знає, як відбуваються і чи відбуваються зміни, а також навряд чи чинитиме опір сама собі
4	Закріплення змін На цьому етапі зміни стають новим способом життя молодшої людини, і вона успішно живе самостійно

Незважаючи на те, що зміни для молодшої людини є бажаними та необхідними, вона може опиратися їм. Опір змінам – це нормальний процес, розуміння його причин допоможе надати належну підтримку молодій людині, швидше подолати опір та продовжити виконання індивідуального плану.

Зазвичай молода людина опирається змінам, коли:

- не почувається в безпеці, не впевнена щодо результатів змін (наприклад, відчуває страх перед невідомим життям після випуску із закладу);
- відчуває, що внаслідок змін вона може стати непотрібною або втратити повагу, авторитет;
- не буде успішною в новій ролі, яку отримає внаслідок змін (студента, матері/батька);
- не бажає або ж не може навчатися нових видів діяльності та засвоювати новий стиль поведінки;
- вимушена ризикувати, що її може бути не властиво;
- переконана в тому, що зміни нічого доброго не принесуть;
- відчуває, що зміни призведуть до меншого ступеня задоволеності певних потреб, унаслідок чого вона переживатиме втрату;
- переконана в тому, що заплановані зміни не вирішують проблем, а лише їх примножують.

Зважаючи на вищеописане, діяльність із соціальної інтеграції випускників інтернатних закладів буде успішною, якщо відповідальний ФСР/соціальний працівник:

- ставиться з повагою до молодшої людини, приймає її такою, як вона є, мотивує та заохочує її до змін;
- компетентний, уміє та знає, як допомогти молодій людині у розвитку необхідних навичок, підтримати її в складних ситуаціях;
- планує роботу з увагою до думки молодшої людини та з урахуванням її звичного повсякденного життя;
- справляється зі складними ситуаціями, в яких поведінка молодшої людини є неприйнятною;
- працює в команді з колегами та взаємодіє із представниками інших закладів та установ.

Список використаних джерел

1. Вихованці інтернатів: від опіки до самостійності // Права дітей. – 2010. – № 2 (10).
2. Кияниця З. П. Соціально-педагогічні основи роботи служби реінтеграції та соціалізації випусників інтернатних закладів – як складової структури інтегрованих соціальних служб для вразливих дітей та сімей // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2008. – № 4.
3. Носач І. В. Соціальна інтеграція випусників інтернатних закладів: кращий досвід та практики // Соціальний педагог. – 2014. – № 6.
4. Програма підвищення кваліфікації спеціалістів соціальної сфери «Випусники інтернатних закладів: на шляху до самостійного життя». – Київ, 2013 (не опубліковано).
5. Проект державного стандарту послуги соціальної інтеграції випусників інтернатних закладів / Партнерство «Кожній дитині» на замовлення Міністерства соціальної політики. – Київ, 2013 (не опубліковано).
6. Стандарти якості забезпечення альтернативної опіки для дітей [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://quality4children.info>. – Назва з екрана.
7. The CLIP Manual / editors: René Anderes, Dobri Kutlev ; Swiss Foundation of the International Social Service. – 2006.

Комплексна оцінка потреб отримувача соціальної послуги¹⁹

Назва організації надавача соціальної послуги, адреса

Прізвище, ім'я, по батькові та посада відповідального працівника надавача соціальної послуги, який проводив оцінку

Номер телефону відповідального працівника надавача соціальної послуги, який провів оцінку

Дата початку оцінки «_____» _____ р.

Дата завершення оцінки «_____» _____ р.

I. Загальна інформація про отримувача соціальної послуги

Прізвище, ім'я, по батькові

Дата народження «_____» _____ р.

Номер телефону _____

Адреса (місце) фактичного проживання _____

Номер телефону _____

Назва та адреса інтернатного закладу _____

Номер телефону інтернатного закладу _____

Місце навчання/роботи _____

II. Визначення основних пріоритетів розвитку, проблем та складних життєвих обставин, які необхідно подолати чи мінімізувати їх негативний вплив

	Основні пріоритети, проблеми та обставини, що турбують отримувача соціальної послуги	Супутні проблеми (обставини, труднощі, що пов'язані між собою та впливають на ситуацію)
На думку отримувача соціальної послуги		
На думку надавача соціальної послуги		

¹⁹ Форма розроблена та апробована МБО «Партнерство «Кожній дитині»» в рамках проекту «Програма соціальної інтеграції молоді, позбавленої батьківського піклування «Впевнений старт»».

III. План заходів та видів діяльності зі здійснення оцінки

№	Заходи, види діяльності	Дата/ періодичність виконання	Відповідальні (надавач соціальної послуги, отримувач соціальної послуги)	Примітки

Я погоджуюся зі змістом плану та сприятиму його виконанню: так _____ні _____

Отримувач соціальної послуги

_____ (підпис) « _____ » _____ р. (дата)

Відповідальний працівник надавача соціальної послуги, який проводив оцінку

_____ (підпис) « _____ » _____ р. (дата)

IV. Потреби отримувача соціальної послуги для розвитку

Показник 4.1. Стан здоров'я та навички здорового способу життя

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Фізичне самопочуття зазвичай задовільне			
Відповідально ставиться до свого здоров'я			
Знає, де знаходиться поліклініка, звертається до лікарів у разі потреби ²⁰			
Може пояснити лікарю, в чому суть розладу здоров'я			
Знає, в чому полягає суть основних спеціалізацій лікарів (офтальмолога, гастроентеролога, хірурга, невропатолога, психіатра, кардіолога, дерматолога)			
Може надати першу допомогу собі або іншим у разі потреби			
Розлади здоров'я, хронічні хвороби згідно з медичною картою			
Має фізичні вади			
Дефекти мовлення не заважають у спілкуванні (якщо такі є)			
Знає, що таке ВІЛ/СНІД (шляхи передачі, ознаки, наслідки), та знає, де можна пройти тестування на ВІЛ/СНІД			

²⁰ Для особи з числа випускників, яка проживає самостійно.

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Знає про наявність та види контрацептивних засобів			
В отримувача соціальної послуги є людина, якій він довіряє та може поговорити про секс і контрацептиви			
Зловживає алкогольними напоями			
Палить			
Вживає наркотичні чи психотропні речовини			
Має комп'ютерну, ігрову залежність			
Дівчина вагітна/юнак очікує народження дитини			
Є матір'ю/батьком дитини			
Має потребу в проходженні додаткового медичного обстеження			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 4.2. Навчання і досягнення

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Навчальні предмети, які даються найкраще (або має відзнаки з цих предметів)			
Навчальні предмети, з яких потребує додаткових занять			
Середній бал із навчальних предметів			
Вирішив (ла), де продовжити навчання (зазначте)			
Обрав (ла) професію (зазначте)			
Регулярно відвідує навчальний заклад			
Порушує норми поведінки в навчальному закладі			
Адекватно реагує на зауваження			
Має друзів у навчальному закладі			
Має хороші стосунки з педагогами			
Бере/брав (ла) участь у самоврядуванні навчального закладу			
Бере/брав (ла) участь у дозвілєвих заходах навчального закладу			
Має інтереси, хобі (зазначте)			
Відвідує гуртки, секції, клуби (зазначте)			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 4.3. Емоційний стан та навички саморегуляції

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Прагне досягти поставленої мети			
Емоційно врівноважений (а)			
Часто почуває себе сумним(ою), пригніченим (ою)			
Завдавав (ла) собі травм, ушкоджень			
Поважає власність інших			
Поважає думку інших			
Відвідував (ла) /відвідує психолога			
Звертався (лася) по допомогу до психіатра			
Жорстоко поводить з іншими, залякує			
Дотримується пунктуальності			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 4.4. Самоусвідомлення та соціальна презентація

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Задоволеність своєю зовнішністю			
Наявність впевненості в собі			
Пишається своїми досягненнями (зазначте, якими саме)			
Знає історію своєї сім'ї			
Упевнено почувається у спілкуванні з друзями			
Упевнено почувається у спілкуванні з особами протилежної статі			
Упевнено почувається у спілкуванні з дорослими			
Здатний (а) приймати зважені рішення, які відповідають його (її) віку			
Звинуваче себе у проблемах інших			
Усвідомлює наслідки своїх вчинків			
Просить вибачення, коли розуміє свою провину			
Підпадає під вплив інших			
Прислухається до думки інших			
Висловлює власну думку			
Має досвід публічних виступів			
Проявляє лідерські якості			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 4.5. Сімейні та соціальні стосунки

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Відкритість до нових контактів			
Розуміє та враховує різницю у спілкуванні з людьми різного віку			
Має позитивне уявлення про родину, сім'ю і прагне створити власну домівку			
Бажає знати про свою родину, встановлювати контакти з родичами			
Підтримує стосунки з біологічним батьком/матір'ю (міцні/слабкі, позитивні/негативні)			
Із ким спілкування впливає на отримувача соціальної послуги найпозитивніше			
Із ким спілкування впливає на отримувача соціальної послуги найнегативніше			
Відвідує родичів (наскільки часто, кого саме)			
Підтримує контакти з братами, сестрами (зазначте, із ким та які)			
Має близького друга, якому довіряє			
Зустрічається з дівчиною/хлопцем протягом останніх шести місяців			
Поводиться нетактовно з іншими людьми (провокує конфлікти, ображає гідність, грубить)			
Регулярно проводить час із друзями, відвідує їх (зазначте, із ким, коло інтересів)			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 4.6. Навички самообслуговування та ведення домашнього господарства (для осіб з числа випускників, які проживають самостійно)

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Фінансовий стан отримувача соціальної послуги та навички планування бюджету			
Джерела доходу отримувача соціальної послуги			
Загальний розмір щомісячного доходу			
Отримувач соціальної послуги має регулярний дохід			
В отримувача соціальної послуги є особливі потреби, на які необхідні додаткові витрати (зазначити які саме)			
Знає суму свого сукупного доходу			
Зазвичай планує свій бюджет			
Безпечно зберігає кошти			
Раціонально планує щоденні витрати			
Грає в азартні ігри, пов'язані з грошима			

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Позичає гроші іншим			
Позичає гроші знайомим або малознайомим людям			
Повертає позичені гроші вчасно			
Відкладає кошти для майбутніх закупівель або непередбачуваних витрат			
Планує літній або зимовий відпочинок			
Має досвід самостійної купівлі речей та продуктів			
Знає, що робити, якщо товар виявився неякісний			
Навички догляду за собою			
Отримувач соціальної послуги дотримується правил гігієни			
Має предмети гігієни (зубна щітка, щітка для волосся тощо) та користується ними			
Одяг та взуття чисті, у належному стані, відповідають сезону			
Користується мийними засобами для прання та чищення			
Пере одяг вручну			
Вміє прати одяг у пральній машині (за наявності такої)			
Прасує одяг			
Ремонтує одяг, взуття власноруч			
Навички приготування їжі			
Може приготувати прості страви			
Міє посуд			
Знає назви основних продуктів харчування			
Орієнтується у мірах продуктів			
Орієнтується в термінах зберігання продуктів			
Користується кухонними пристроями, засобами			
Оплата рахунків за комунальні соціальні послуги			
Уміє розшифрувати інформацію, яку містять квитанції про сплату комунальних послуг (самостійно/за підтримки інших)			
Оплачує рахунки за комунальні соціальні послуги (оплачує самостійно/за підтримки інших/не оплачує, але вміє це робити/не оплачує і не вміє цього робити)			
Знає, що робити, якщо не отримано квитанцію про сплату комунальних послуг			
Навички самопредставництва та пошуку ресурсів			
Уміє написати офіційний документ (заяву, клопотання)			
Розуміє зміст офіційних документів			
Знає, як можна знайти роботу			
У разі виникнення проблеми звертається до інших по допомогу			

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Правильно формулює запитання, прохання			
Звернення до надавача соціальної послуги; служби у справах дітей; дільничного інспектора міліції; інших організацій, які можуть надати допомогу			
Знає про їх існування, мету діяльності, умови надання допомоги			
Звертається до цих організацій у разі потреби			
Звертався(лася) в минулому до цих організацій			
Може подорожувати самостійно в межах міста, району, області			

Додаткова інформація, коментарі _____

V. Батьківський потенціал

Цільова група за категоріями:

– біологічні батьки у випадках, якщо:

- біологічні батьки не позбавлені батьківських прав та виявляють готовність відновити стосунки з отримувачем соціальної послуги;
- за отримувачем соціальної послуги закріплено майно/частина житла в помешканні біологічних батьків, які позбавлені батьківських прав;
- після закінчення навчання отримувач соціальної послуги має повернутися в громаду за місцем походження;

– особи, соціально значущі для отримувача соціальної послуги.

Компонент заповнюється на кожну особу цільової групи у разі наявності її контакту з отримувачем соціальної послуги.

Прізвище, ім'я, по батькові особи з цільової групи

Категорія _____

Показник 5.1. Елементарний догляд

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Біологічні батьки готуються до приїзду отримувача соціальної послуги			
В отримувача соціальної послуги у помешканні біологічних батьків є:			
місце для відпочинку, підготовки уроків			
окрема кімната			
необхідні засоби гігієни			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 5.2. Гарантія безпеки

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Готуючись відновити стосунки з отримувачем соціальної послуги, біологічні батьки не вживають алкоголь			
Житло безпечне для перебування отримувача соціальної послуги (у будинку немає оголених електропроводів, територія будинку загорожена, територія будинку наближена до траси, газове обладнання у задовільному стані)			
У будинку проведено водопостачання			
Будинок узимку опалюється			
Біологічні батьки або особи, соціально значущі для отримувача соціальної послуги, не несуть загрози його фізичному, психологічному, емоційному здоров'ю			
Отримувач соціальної послуги не приносить до інтернатного закладу небезпечних речей (алкоголь, наркотики, холодна зброя та ін.) після відвідин осіб, соціально значущих для нього			

Додаткова інформація, коментарі _____

VI. Фактори сім'ї та середовища

Компонент заповнюється у випадку, коли в отримувача соціальної послуги є:

- батьки, родичі;
- майно, житло, закріплене за ним;
- бажання або необхідність проживати в громаді за місцем походження після здобуття освіти.

Вкажіть, кого саме стосується цей компонент

Показник 6.1. Історія сім'ї

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
У сім'ї/родині були факти насильства			
Сім'я постраждала від втрати, трагедії або не розв'язаної кризи			
Дорослі члени сім'ї мають досвід жорстокого поводження (зазначте, хто саме)			
Кількість шлюбів батька та в них дітей			
Кількість шлюбів матері та в них дітей			
Хто з членів сім'ї має проблеми:			
– фізичного здоров'я (інвалідність)			

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
– зловживання алкоголем/наркотиками, токсичними речовинами			
– здійснював протиправні вчинки, відбуває покарання			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 6.2. Функціонування сім'ї

Індикатори	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Хто з членів сім'ї, а також родичів, які підтримують відносини з сім'єю, але не проживають разом із нею:	
– має проблеми з фізичним здоров'ям, інвалідність	
– здійснював протиправні вчинки, відбуває покарання	
– зловживає алкоголем	
– вживає наркотичні, токсичні речовини	
– має досвід жорстокого поводження стосовно себе	

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 6.3. Житло-побутові умови

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
У сім'ї є житло			
Виселення сім'ї, яка проживає у тимчасовому помешканні, не загрожує			
Житло і подвір'я безпечні для отримувача соціальної послуги			
Житло потребує додаткового пристосування до потреб отримувача соціальної послуги			
Житло перенаселене			
Отримувач соціальної послуги може проживати в сім'ї			
Заборгованість за квартплату, комунальні соціальні послуги відсутня			
Сімейні стосунки не перешкоджають проживанню отримувача соціальної послуги в сім'ї			
Юридичні суперечності не перешкоджають отримувачу соціальної послуги відокремити чи приватизувати житло			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 6.4. Зайнятість

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Батько/матір мають стабільну роботу			
Один з батьків отримує допомогу по безробіттю			
Робота одного з батьків впливає негативно на отримувача соціальної послуги			
Безробіття одного з батьків впливає негативно на сім'ю			
Членам сім'ї, які шукають роботу, надається відповідна підтримка/допомога			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 6.5. Дохід

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Сім'я може прожити на зароблені гроші			
Прибуток сім'ї стабільний			
Сім'я отримує всі належні державні допомоги			
Сім'я вчасно сплачує рахунки			
Борги сім'ї не зростають			
Сім'я планує фінансові витрати			

Додаткова інформація, коментарі _____

Показник 6.6. Соціальна інтеграція

Індикатори	Так	Ні	Факти, спостереження, примітки надавача соціальної послуги
Сім'я має позитивні стосунки з членами громади			
Вірсповідання не впливає на інтеграцію сім'ї			
Сім'я за потреби контактує з органами влади			
Сім'я здатна вирішувати самостійно практичні питання			

Додаткова інформація, коментарі _____

VII. Висновки

Підсумок щодо рівня оволодіння життєвими навичками отримувача соціальної послуги. Підсумуйте сильні сторони отримувача соціальної послуги та визначте рівень оволодіння ним життєвими навичками, основні потреби отримувача соціальної послуги.

Підсумок щодо здатності батьків/інших соціально важливих осіб забезпечувати потреби отримувача соціальної послуги.

Підсумуйте сімейні та соціальні стосунки отримувача соціальної послуги, сильні сторони батьків/інших соціально важливих осіб та проблеми, які негативно впливають на здатність зазначених осіб належним чином забезпечувати потреби отримувача соціальної послуги.

Яким чином сімейні фактори та фактори середовища впливають на отримувача соціальної послуги? Чи є доцільним повернення отримувача соціальної послуги до батьків/родичів у громаду?

Узагальнений аналіз інформації, зібраної під час комплексної оцінки

Аналіз має містити перелік факторів, які впливають на різні аспекти розвитку отримувача соціальної послуги, а також визначити, якими соціальними навичками він/вона володіє; які соціальні послуги необхідно надати для кращої соціальної послуги інтеграції. Також слід визначити здатність батьків, родичів позитивно впливати на отримувача соціальної послуги, доцільність або умови, за яких буде можливим повернення отримувача соціальної послуги в родинне середовище, територіальну громаду.

Коментарі отримувача соціальної послуги

Я ознайомлений/а зі змістом висновків.

Підпис отримувача соціальної послуги _____ «_____» _____ р.

Коментарі отримувача соціальної послуги стосовно висновків

Коментарі біологічних батьків, які не позбавлені батьківських прав та виявляють готовність відновити стосунки з отримувачем соціальної послуги

Я ознайомлений/а зі змістом комплексної оцінки.

Підпис батька _____ «_____» _____ р.

Підпис матері _____ «_____» _____ р.

Їх коментарі стосовно комплексної оцінки

Підтвердження отримання копії висновків комплексної оцінки

П. І. Б.	Отримав (ла) копію		Підпис	Дата
	Так	Ні		

отримувача соціальної послуги				

матері				

батька				

Підписи залучених до проведення комплексної оцінки

П. І. Б.	Посада, місце роботи	Підпис	Дата

Відповідальний працівник надавача соціальної послуги, який проводив оцінку

_____ П. І. Б.

_____ посада

_____ (підпис) « _____ » _____ р. (дата)

Керівник надавача соціальної послуги

_____ П. І. Б.

_____ посада

_____ (підпис) « _____ » _____ р. (дата)

М. П.

Додаток 4.2.

№ особової справи отримувача соціальної послуги _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор _____

_____ П.І.Б. _____ 20 ____ р.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН ОТРИМУВАЧА СОЦІАЛЬНОЇ ПОСЛУГИ²¹

Прізвище отримувача соціальної послуги _____

Основні цілі підтримки отримувача соціальної послуги _____

Бажані результати (щодо задоволення потреб, розвитку життєвих навичок)	Заходи/соціальні послуги для досягнення запланованого результату	Виконавці	Термін виконання до	Примітки

Залучені до реалізації плану, ознайомлені з ним:

П. І. Б.	Посада	Підпис	Контактний телефон

²¹ Форма розроблена та апробована МБОУ «Партнерство «Кожній дитині!» в рамках проекту «Програма соціальної інтеграції молоді, позбавленої батьківського піклування «Впевнений старт»».

Отримувач соціальної послуги _____ Підпис _____ Дата: _____

Я погоджуюся зі змістом плану та буду сприяти його виконанню: Так _____ Ні _____

Якщо «Ні»: _____ Підпис батька: _____ Дата: _____
Підпис матері: _____ Дата: _____

Я ознайомлений (на) зі змістом плану:

Коментарі отримувача соціальної послуги стосовно індивідуального плану:

Я отримав(ла) копію індивідуального плану: Так _____ Ні _____ Підпис отримувача соціальної послуги: _____ Дата: _____

Якщо «Ні», що було зроблено надавачем соціальної послуги, щоб отримувач соціальної послуги отримав індивідуальний план:

Підпис надавача соціальної послуги: _____ Дата: _____

Підпис отримувача соціальної послуги: _____ Дата: _____

ПЕРЕГЛЯД ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПЛАНУ ОТРИМУВАЧА СОЦІАЛЬНОЇ ПОСЛУГИ

Дата перегляду _____

П. І. Б. відповідального працівника надавача соціальної послуги, який провів перегляд, посада

1. _____ Підпис _____

2. _____ Підпис _____

3. _____ Підпис _____

Запланований результат	Досягнення	Додаткові заходи/соціальні послуги для досягнення результату	Виконавці	Терміни виконання	Примітка

Коментарі отримувача соціальної послуги _____

Я озайомлений (а) та погоджуюся із результатами перегляду плану, узгодженими змінами та сприятиму виконанню: так _____ ні _____

Відповідальний працівник надавача соціальної послуги, який провів оцінку

_____ П. І. Б. _____ посада _____ підпис _____

Керівник надавача соціальної послуги _____ М. П. _____ П. І. Б. _____ підпис _____

Тренінгова програма підвищення соціальної компетентності молодих людей «Як стати успішним»²² (короткий огляд)

МЕТА ПРОГРАМИ: мотивувати молодих людей до пізнання самих себе та інших, спонукати до усвідомленого життєвого вибору і відповідального ставлення до власного життя, розвивати навички та вміння, необхідні для повноцінної соціальної інтеграції й успішного самостійного життя.

ЗАВДАННЯ:

1. Сприяти формуванню позитивної самооцінки та усвідомленню власної унікальності, розвивати вміння аналізувати власні вчинки та проектувати власний життєвий шлях.
2. Навчати ефективній взаємодії з іншими, у т. ч. встановлення контакту, розвитку стосунків, навичок вирішення конфліктів, попереджувати ризики віртуального спілкування.
3. Розвивати навички спілкування з людиною протилежної статі, безпечної сексуальної поведінки, відповідального ставлення до батьківства, запобігати сексуальному насиллю.
4. Мотивувати молодих людей до свідомого вибору професії, яка б відповідала їх здібностям та інтересам, формувати розуміння зв'язку між освітою та подальшою професійною зайнятістю, готувати до самостійного працевлаштування.
5. Розвивати навички самостійного вирішення життєвих проблем та планування власного життя загалом, у т. ч. ведення домашнього господарства, раціонального використання часу, планування бюджету.
6. Формування в молодих людей цілісного розуміння соціальних прав та їх зв'язку з іншими правами, відповідальної поведінки й активної громадянської позиції.

ТРИВАЛІСТЬ ПРОГРАМИ: програма складається із 6 модулів. Кожен модуль складається із 4-6 тематичних занять. Кожне тематичне заняття розраховане на 5-6 годин (1 день).

БАЗОВІ ПРИНЦИПИ:

- участь молодих людей, мотивування й наснаження до активності та відповідальності;
- орієнтація на сильні сторони та ресурси молодих людей;
- комплексність і послідовність.

МЕТОДИ: моделювання ситуацій, рольові ігри, робота в групах, дискусії, інформаційні повідомлення, виконання індивідуальних завдань (у т. ч. домашніх), психогімнастичні вправи, психодіагностичні тести та ін.

АВТОРИ-УПОРЯДНИКИ:

- Аносова Анастасія Вікторівна, методист центру практичної психології і соціальної роботи Київського обласного інституту післядипломної освіти педагогічних кадрів;
- Махукова Володимира Миколаївна, тренер;
- Носач Юлія Сергіївна, тренер, експерт з молодіжної роботи;
- Петушкова Лариса Антонівна, спеціаліст з навчально-методичної діяльності Партнерства «Кожній дитині».

²² Тренінгова програма (модулі I-V) розроблена МБО «Партнерство «Кожній дитині»» в рамках проекту «Впевнений старт: програма соціальної інтеграції молоді, позбавленої батьківського піклування». Модуль VI «Я і соціальні права» розроблений в рамках проекту «Молодь для молоді: знай свої права – зміною життя».

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Модуль I: «Я – індивідуальність»

- 1. Особистість** – молоді люди заохочуються до самопізнання та особистісного зростання, навчаються аналізувати свої внутрішні та зовнішні ресурси, усвідомлюють унікальність кожної людини.
- 2. Характер** – молоді люди розширюють уявлення про себе як окремого індивіда, розуміють та приймають сильні і слабкі сторони характеру.
- 3. Внутрішній світ** – молоді люди розуміють особливості внутрішнього світу, навчаються спостережливості та чуттєвого розуміння себе й інших.
- 4. Почуття та емоції** – молоді люди обізнані про різноманіття емоцій та почуттів, способи їх прояву і вираження; навчаються розуміти емоції інших, контролювати свій емоційний стан, конструктивно виражати незадоволення, агресію.
- 5. Зовнішність** – молоді люди розуміють зв'язок між доглядом за собою та успіхом у спілкуванні з іншими, отримують поради щодо створення власного образу.
- 6. Здоров'я** – молоді люди усвідомлюють важливість ведення здорового способу життя, знають, як захистити себе від негативного впливу інших на своє здоров'я.

Модуль II: «Я, ми, вони»

- 1. Спілкування** – молоді люди розуміють, що спілкування є основою співробітництва з людьми та умовою досягнення успіху, навчаються навичок спілкування.
- 2. Стосунки** – молоді люди розуміють важливість побудови успішних, стабільних стосунків; розрізняють ближню, середню та дальню сферу стосунків. Молоді люди розуміють, як будувати стосунки з близькими, сусідами, колегами, громадою на основі взаємовигоди й співробітництва.
- 3. Соціальні ролі** – молоді люди розуміють вплив соціальних ролей на спілкування та побудову стосунків. Молоді люди знають, як правила гендерних, професійних ролей, ролі громадянина впливають на процес спілкування.
- 4. Соціальні навички** – молоді люди розуміють, як поводитися в різних соціальних ситуаціях, володіють навичками асертивної поведінки (вміють долати сором'язливість, можуть просити про допомогу, протистояти чужому тиску, говорити «ні», адекватно реагують на чужий гнів, невдачу, відмову), розвивають навички самопрезентації та публічних виступів.
- 5. Громадянська позиція** – молоді люди можуть висловлювати свою громадянську позицію та поважать позицію інших; розуміють, як впливає громадянська позиція кожної людини на суспільство та заохочуються до активної участі у справах громади.

Модуль III: «Я і кохана людина»

- 1. Залицання** – молоді люди вміють розпізнавати залицання, розуміють його відмінність від приязних дружніх стосунків; уміють самі ввічливо залицятися до особи протилежної статті; знають, як реагувати на ввічливі або непристойні прояви залицання; уміють говорити «ні».
- 2. Прив'язаність** – молоді люди розуміють різні типи прив'язаності, вчать розпізнавати, з ким із оточення який зв'язок вони мають.
- 3. Кохання** – молоді люди розуміють відмінності між коханням та дружбою, розуміють необхідність поважати особистісний розвиток близької людини; уявляють, як побудувати стійкі стосунки з коханою людиною.
- 4. Секс** – молоді люди розуміють, як можна бути відповідальним у статевих стосунках та як берегти своє репродуктивне здоров'я; уміють розпізнавати сексуальну і сексуалізовану поведінку з метою безпеки для себе; вчать звертатися по допомогу до фахівців.
- 5. Сім'я** – молоді люди уявляють, як створити щасливу сім'ю; навчаються створювати правила майбутнього сімейного життя, вчать більш критично ставитися до різних життєвих сімейних ситуацій.

6. Батьківство – молоді люди розуміють, що батьківство накладає відповідальність за дітей, розуміють різні стилі виховання, роздумують про образ себе в ролі батька чи матері.

Модуль IV: «Я і професія»

1. Профорієнтація – молоді люди дізнаються, як зробити правильний вибір професії, навчаться орієнтуватися у світі професій, оцінюють риси свого характеру та діагностують свої здібності і професійні схильності; навчаються враховувати попит ринку праці у виборі професії, роботи.

2. Моя освіта – молоді люди розуміють зв'язок між професією, рівнем освіти та доходами, з можливостями, які отримує освічена людина; дізнаються про систему вищої освіти в Україні; отримують поради і рекомендації, як волідіти собою у період складання іспитів, ЗНО, бути впевненим під час вступних іспитів.

3. Працевлаштування – молоді люди дізнаються про способи пошуку роботи; навчаються складати резюме, протистояти маніпуляціям з боку роботодавців-шахраїв, дізнаються, як поводитися на різних етапах працевлаштування, про можливості, які надає волонтерська робота.

4. Успіх у професії – молоді люди дізнаються про норми і правила поведінки в трудовому колективі, як досягнути успіху у професії і стати діловою людиною; ознайомлюються з принципами командної роботи і командної взаємодії.

Модуль V: «Я – господар свого життя»

1. Побут – молоді люди розуміють, що самостійність потребує відповідальності та організованості; знають, як організувати свій побут, відповідально ставляться до своїх документів, дізнаються про різні служби, які можуть бути потрібні; вчаться заповнювати платіжки.

2. Управління життєвими ситуаціями та прийняття рішень – молоді люди вчаться вирішувати життєві ситуації та розуміти, до кого можуть звернутися по допомогу, розробляють алгоритми дій у типових ситуаціях.

3. Відпочинок та розподіл часу – молоді люди розуміють, як розподіляти свій життєвий час з користю для себе та саморозвитку; вирізняють різні види відпочинку, вчаться складати тайм-карту для ефективнішого використання часу.

4. Бюджет – молоді люди вчаться складати особистий бюджет та планувати майбутні витрати, аналізують, як вони можуть раціональніше використовувати свої кошти, навчаються критично осмислювати «акційні» та інші пропозиції.

5. Планування майбутнього – молоді люди навчаються планувати, візуалізувати свої майбутні досягнення, визначати цілі та покроково їх досягати.

Модуль VI: «Я і соціальні права»

1. Права людини – молоді люди дізнаються про свої права та обов'язки як громадянина України, ознайомлюються з основними національними та міжнародними документами, що гарантують базові права, вчаться знаходити зв'язок між потребами та правами людини.

2. Соціальні права – молоді люди розуміють, що соціальні права є невід'ємною складовою прав людини, права людини є взаємопов'язаними і неподільними; навчаються аналізувати ситуації, в яких реалізуються або порушуються соціальні права.

3. Соціальні права у повсякденному житті – молоді люди розуміють зв'язок соціальних прав зі своїм повсякденним життям, можливості доступу до соціальних прав; аналізують стан дотримання прав людини у своїй громаді.

4. Права та участь – молоді люди ознайомлюються з поняттям «участь», усвідомлюють, що саме соціальні права є необхідними для повноцінної участі в житті суспільства; заохочуються до участі у прийнятті рішень та активності у суспільному житті.

5. Соціальні права на практиці – молоді люди знають, як самостійно вирішувати життєві ситуації, пов'язані із соціальними правами; мотивовані до громадської активності.

РОЗДІЛ

5

СОЦІАЛЬНА РОБОТА

**З СІМ'ЯМИ, В ЯКИХ Є ОСОБИ
З ІНВАЛІДНІСТЮ**

РОЗДІЛ 5. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю

- У чому полягає сутність інвалідності як ознаки вразливості?
- Якими є типові проблеми, труднощі сімей, які виховують дітей з інвалідністю?
- Як впливає ознака інвалідності на функціонування сім'ї, на дитину?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо подолання інвалідності?
- Які соціальні виплати (допомога чи пільги) передбачені для осіб з інвалідністю?
- Хто може бути надавачем послуг для осіб та сім'ї з такою ознакою вразливості?
- Які особливості раннього виявлення дітей та сімей, що мають таку ознаку вразливості?
- Які особливості оцінки потреб дітей з інвалідністю та сімей, в яких вони виховуються?
- Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з отримувачами послуг з інвалідністю?
- Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які мають таку ознаку вразливості?

Додаток 5.1. Основні завдання провідних надавачів послуг особам з інвалідністю та їх сім'ям.

У чому полягає сутність інвалідності як ознаки вразливості?



Інвалідність, відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ), – це термін, що об'єднує різні порушення, обмеження активності та можливостей для ефективної участі в житті суспільства.

Порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах організму; обмеження активності – це труднощі, яких людина зазнає, виконуючи які-небудь завдання або дії; у той час як обмеження ефективної участі – це проблеми, що відчуються людиною при залученні в життєві ситуації.

Інвалідність – це не просто проблема зі здоров'ям. Це складний феномен, що відображає взаємодію між особливостями людського організму і особливостями суспільства, в якому людина живе. Це поняття еволюціонує і є результатом взаємодії, що відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищем, яке часто не сприяє їх повноцінній та дієвій участі у житті суспільства нарівні з іншими. Підтримка та допомога людям з інвалідністю має розглядатися через призму наявних перешкод.

В усьому світі соціальна робота щодо інвалідності ґрунтується на концепції двох основних моделей: **медичній**, яка розглядає інвалідність як характерну рису людини, та **соціальної**, яка розглядає інвалідність як соціально створену проблему. Соціальна модель інвалідності визначає стан здоров'я людей стосовно функціонування в суспільстві. Зокрема, за соціальної моделі, людина з інвалідністю має обмеження в активній участі у суспільному житті не через свій стан, а через наявність бар'єрів, певних перешкод у суспільстві. Серед таких бар'єрів не лише архітектурна недоступність для маломобільних осіб, а й неадекватні заходи політики і стандарти, стереотипи та упережене ставлення, нестача послуг або проблеми з їх наданням, недостатнє фінансування тих чи інших послуг, відсутність гнучкої системи надання освітніх, корекційно-розвивальних послуг в умовах загальноосвітніх навчальних закладів, неналежна підготовка фахівців та інші. Отже, в межах цієї концепції найбільш важливою видається необхідність подолати або нівелювати ці перешкоди та бар'єри, що забезпечить активну життєдіяльність людини з інвалідністю за врахування її можливостей і потреб.

Вищеописана ідея покладена і в основу сучасної класифікації МКФ – класифікації за чинниками навколишнього середовища, що уможливило визначення перешкод у середовищі та різних факторів як для посилення загалом спроможності осіб з інвалідністю, так і для виконання ними щоденних життєвих дій та завдань.

Уразливість осіб з інвалідністю, окрім власне інвалідності, підсилюється також такими соціопсихологічними чинниками: систематична дискримінація, відсутність доступу до інформації та спілкування, перешкоди в отриманні необхідних послуг у сфері охорони здоров'я та реабілітації, не рівні з іншими можливості для навчання (обмеженість доступу до звичайних шкіл і ВНЗ) та працевлаштування, архітектурна недоступність житла, транспорту, інфраструктури тощо.

Незадоволення потреб людей з інвалідністю в реабілітації (включаючи потребу в технічних засобах реабілітації) може призвести до погіршення стану здоров'я, обмеження у діях та участі в суспільному житті, а отже погіршити якість їх життя.

Люди з інвалідністю мають такі ж медичні потреби, як і люди без інвалідності, наприклад потреби в імунізації, скринінгу на рак та інші. При цьому їх здоров'я може бути більш уразливим через бідність і соціальне відчуження, а також через вищий ризик розвитку у них вторинних розладів, таких як пролежні або інфекції сечовивідних шляхів тощо.

Уразливість особи, яка має інвалідність, а також її сім'ї, залежить від ступеня інвалідності та інших її особливостей.

Ступінь інвалідності варіюється від легкого до помірного, важкого або глибокого. Людина іноді має інвалідність за кількома порушеннями функцій організму (комбінована інвалідність). Інвалідність здатна прогресувати (прогресуюча інвалідність), бути тимчасовою або мати сталий стан (статична); може бути генетично обумовлена, вроджена або набута.

В Україні відповідно до тяжкості розрізняють три групи інвалідності для осіб старше 18 років: I, II і III. I група (найтяжча) поділяється на IA і IB підгрупи залежно від ступеня втрати здоров'я особи та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді. Встановлюється група інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК). Визнання дитини віком до 18 років інвалідом та оформлення медичного висновку про дитину здійснюється лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) за місцем проживання.

Виділяють такі **групи осіб з інвалідністю**:

- за виникненням інвалідності (інваліди з дитинства; інваліди війни; інваліди праці; інваліди загального захворювання);
- за ступенем працездатності (інваліди працездатні; частково працездатні; непрацездатні інваліди). Наприклад, інваліди I групи (непрацездатні), інваліди II групи (тимчасово непрацездатні чи працездатні в обмежених сферах), інваліди III групи (працездатні у певних безпечних, не шкідливих для здоров'я умовах праці);
- за характером захворювання особи з інвалідністю поділяються на: мобільних; маломобільних; нерухомих.

Також розрізняють основні чотири **види інвалідності** (табл. 7):

Таблиця 7.

Вид інвалідності	Порушення
Фізична інвалідність	<ul style="list-style-type: none"> • порушення опорно-рухового апарату (ампутації, травми хребта, хвороби кісткової системи, аномалії тощо); • захворювання центральної нервової системи; • хвороби м'язової системи; • хвороби суглобів; • хвороби судин; • соматичні захворювання; • захворювання внутрішніх органів; • хвороби крові; • тощо
Сенсорна інвалідність	<p>Порушення одного з органів відчуття:</p> <ul style="list-style-type: none"> • порушення зору; • порушення слуху; • порушення нюху, смаку; • порушення балансу; • сомато-сенсорні порушення
Інтелектуальна (когнітивна) інвалідність	<p>Розумова відсталість (дорівнює 70 одиницям або нижче за результатами індивідуально проведеного IQ-тестування). Рівні розумової відсталості:</p> <ul style="list-style-type: none"> • легка розумова відсталість - від 50-55 до 70; • помірна розумова відсталість - від 35-40 до 50-55; • тяжка розумова відсталість - від 20-25 до 35-40; • глибока розумова відсталість - нижче ніж 20-25; • не уточнена розумова відсталість
Ментальна інвалідність	<p>Порушення психіки та поведінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • психічні захворювання; • емоційно-вольові порушення; • епілепсія; • аутизм; • синдром Дауна

Якими є типові проблеми, труднощі сімей, які виховують дітей з інвалідністю?

Серед проблем і труднощів сімей, які виховують дітей з інвалідністю, можна окреслити такі:

1. Фінансово-економічні: низька матеріальна забезпеченість, труднощі в реалізації гарантованих пільг. Більшість таких сімей живуть у бідності.



Погіршують ситуацію випадки розлучення батьків у перші роки після народження дитини. Зазвичай, мати не в змозі працювати, тому що дитина потребує постійного догляду. Проблема підсилюється фінансовою недоступністю поліпшення житлових умов, браком коштів для придбання необхідного харчування, медпрепаратів, технічних засобів компенсації порушень, корекції та контролю стану здоров'я, предметів і послуг для задоволення культурних потреб тощо. Надавані пенсії і допомоги не забезпечують можливість підтримки навіть фізичного існування матері і дитини, якщо у сім'ї немає інших членів із достатнім прибутком.

2. Психологічні, а саме: постійне психічне та нервово перевантаження, нерозуміння з боку соціального оточення, відчуття покинутості, самотності, упереджене ставлення суспільства до дітей і молоді з інвалідністю та їх сімей; поява у родині дитини з особливими потребами здебільшого має помітні наслідки для психологічного здоров'я сім'ї, часто спостерігається низький потенційний рівень психологічного прийняття в сім'ї такої дитини, емоційне відторгнення дитини, гіперопіка, надмірне акцентування на розладах тощо.

3. Медичні, які визначають комплекс проблем, пов'язаних з лікуванням, здійсненням корекції та розвитку компенсаторних функцій, а також отриманням технічних засобів реабілітації, задоволенням потреб у періодичному контролі стану здоров'я, кваліфікованих консультаціях, оздоровленні, реабілітації.

4. Недостатній розвиток і недоступність технологій ранньої діагностики, корекції, реабілітації, прогнозування медичних наслідків інвалідності, невисокий рівень забезпечення безкоштовними медичними послугами і ліками, нестача кваліфікованих спеціалістів. Відсутність в Україні системи раннього втручання ускладнює роботу з родиною, яка виховує дитину з інвалідністю.



Раннє втручання – це комплексна система послуг сім'ї, в якій народилася дитина з порушеннями у розвитку чи ризиком розвитку хвороби. Раннє виявлення біологічних та соціальних факторів ризику щодо порушення розвитку дитини дає можливість своєчасно почати інтенсивну реабілітацію у ранньому віці, коли розвиток дитини особливо піддається впливу і є можливість запобігти ускладненням стосовно як функціонування сім'ї, так і фізичного та психосоціального розвитку дитини.

5. Ризик інституалізації. У разі народження дитини з інвалідністю батьки стикаються з низкою проблем і труднощів, залишаючись при цьому безпорадними. Відсутність системи раннього втручання, реагування на ситуацію в інтересах дитини і сім'ї призводить до негативних наслідків – зокрема, відмови матері від немовляти. Нерідко медичні працівники радять залишити дитину з інвалідністю, «малюючи» батькам жахливі картини майбутнього не лише дитини, а й, насамперед, їх самих. Перебуваючи в стані стресу, відчуваючи страх, безпорадність і безпомічність у цій ситуації, батьки часто приймають рішення залишити дитину, яка буде утримуватися у державних закладах. Такий вибір не лише негативно впливає на подальший розвиток дитини, а нерідко призводить до руйнації сімейних стосунків. Інституційний догляд за дітьми існував у більшості країн у різні часи, такі інституції створювали, вважаючи, що це найкращий спосіб піклуватися про дітей. Однак численні дослідження свідчать, що форми догляду на основі родини та громади є ефективнішими у задоволенні потреб дитини. Налагодження механізму надання необхідної ранньої допомоги батькам і дитині сприятиме попередженню інституалізації та сприятиме зміцненню родинних стосунків.

Низка статей законодавчих та нормативно-правових актів встановлює право дітей на проживання зі своїми родинami, а також визначає відповідальність держави підтримувати родини і надавати послуги, які забезпечуватимуть виховання дитини у сімейному середовищі, наскільки це можливо. Отже, послуги на основі громади, спрямовані на запобігання розлученням дітей та їх родин, повинні стати одним із головних напрямів роботи ФСР/соціальних працівників.

6. Проблема інформаційного забезпечення. Нестача інформації стосовно особливостей дитини, можливостей корекції та лікування, особливостей виховання, прав на соціальну допомогу, пільги, відповідних закладів освіти, наявних державних і недержавних громадських організацій. Досі трапляються непоодинокі випадки, коли батьки дізнаються про свої права і можливості (навіть право на пенсію) від випадкових людей, не знаючи, куди звернутися по соціальну, правову, психологічну допомогу. З часом зростають потреби в інформації про спеціалізовану (відповідно до виду захворювання) медичну, соціальну, освітню, правову допомогу, встановлення контактів з різноманітними державними і громадськими організаціями.

Брак інформації відчувається батьками з перших тижнів народження дитини. Не існує визначеного порядку інформування батьків дитини, яка народилася з порушеннями або захворюваннями, про їх права і можливості отримання допомоги від держави і громадських організацій ще на етапі встановлення діагнозу. Перші контакти сімей відбуваються з працівниками медичних закладів, а вони не зобов'язані надавати інформацію про соціально-правовий захист та підтримку сімей і, переважно, не володіють нею в повному обсязі.

7. Неприйняття людей з інвалідністю повноцінними членами суспільства, упередженість і стереотипність у ставленні до них з боку багатьох людей, а також перенесення стереотипності і на родичів людей з інвалідністю. Ситуацію ускладнює психологічне та моральне перевантаження батьків, їх виражена тривога і неспокій, викликані інвалідністю дитини, нездатність адекватно протистояти нерозумінню і навіть ворожості з боку оточуючих. Часто у такої сім'ї порушується взаємодія із соціальним оточенням; коло спілкування становлять близькі родичі, спеціалісти.

8. Недоступність певних об'єктів, споруд, проблеми транспортного забезпечення та доступу до інформації.

9. Недосконалість нормативно-правового забезпечення. З ратифікацією Конвенції ООН про права інвалідів були внесені зміни до вітчизняного законодавства, відповідно до міжнародних договорів у сфері захисту прав людей з інвалідністю. Однак часто виникають суперечності між нормою закону і державно-управлінським забезпеченням виконання цих норм.

В Україні сформована державна система соціальної підтримки осіб з інвалідністю, однак спрямована вона переважно на компенсацію і робить людину з інвалідністю залежною від допомоги інших.

! Стрижневим завданням ФСР/соціального працівника є сприяння у розвитку самостійності цієї групи осіб, розвиток їх уміння визначати власні ресурси та ресурси громади для вирішення проблем, які перед такою особою чи сім'єю постають.

Як впливає ознака інвалідності на функціонування сім'ї, на дитину?

Народження в родині дитини з інвалідністю вносить певні обмеження у звичне функціонування сім'ї, зміни в організацію побуту, вимагає перерозподілу обов'язків, часто – відмови від окремих звичок, а разом із цим вселяє почуття страху, невизначеності, безпорадності.

Роль ФСР/соціального працівника полягає, насамперед, у налагодженні партнерських стосунків із батьками, що сприятиме ефективності подальшої роботи з ними.

Часто проблема сім'ї, яка виховує таку дитину, розглядається через призму порушення розвитку самої дитини, без урахування емоційного стану батьків. Щоб побудувати конструктивний діалог з батьками у визначенні загальної стратегії надання підтримки, забезпечити партнерство для досягнення визначених цілей, необхідно обов'язково брати до уваги **стадії емоційних переживань батьків**, коли вони дізнаються, що дитина має проблеми в розвитку. Ці стадії означені певними емоційними реакціями та поведінковими проявами.

Перша *стадія* – *стадія шоку*. Це етап сильних почуттів, викликаних раптовістю і неочікуваністю висновку фахівців. Зазвичай супроводжується плачем, криком або, навпаки, емоційним заціпенінням, беземоційністю. На цій стадії сім'я дуже потребує особливої уваги та підтримки рідних. Тому ФСР/соціальним працівникам говорити з батьками про перспективи у такому випадку неможливо, необхідно дати їм час, щоб пережити ці почуття. А от розмова з родичами про важливість їхньої підтримки буде доречною.

Наступна *стадія* – *заперечення*. Її суть у відмові прийняти болючу реальність. ФСР/соціальним працівникам важливо усвідомлювати природну реакцію батьків та захисну функцію заперечення. Інколи здається, що батьки не розуміють сказаного чи не уважні до почутого. Насправді це не так. За запереченням ховаються почуття болю та відчаю, з якими батьки не готові впоратися, і заперечення дає їм необхідний час підготуватись. Слід бути дуже терплячим і тактовним, а головне – ненав'язливим, використовуючи найменшу можливість для розмови, щойно це стає можливим. Самотність, втома від постійно-

го і безуспішного пошуку способів зцілення дитини, виснажливий догляд за нею і зречення усіх власних потреб та інтересів, – усе це провокує депресію. Тому батьки потребують кваліфікованої допомоги психолога.

Увага ФСР/соціальних працівників має бути сфокусована на підтримуванні батьків у тому, щоб вони просто були хорошими, люблячими татом і матусею. Це реалізується через коментарі у хвилини позитивної взаємодії між батьками та дитиною, визнання важливості батьківської любові для дитини, а також, якщо є потреба, через консультування батьків щодо розуміння вікових особливостей і потреб дитини та їх ролі як батьків у вихованні, формуванні самостійності, самооцінки та подальшої соціалізації.

Стадія страху і тривоги. Характерним для цього етапу є деяке емоційне полегшення. З'являється об'єктивне сприйняття реальності проблеми дитини, і у зв'язку з цим виникає тривога стосовно майбутнього: як дитина розвиватиметься далі, де і яким чином зможе навчатись. На цій стадії важливо дати батькам повну інформацію про проблему, а головне – зрозумілою мовою. Брак інформації, нерозуміння термінології може стати додатковим бар'єром у спілкуванні з батьками. Поінформованість – це передумова того, що вони зможуть приймати виважені рішення та діяти в інтересах дитини, розуміти межу між обмеженнями та можливостями, а відповідно, приймати реальність того, чого не можна змінити, і знати, в чому можна досягнути значних результатів.

Пошук допомоги та стадія активної діяльності є хорошим підґрунтям для налагодження партнерських стосунків з батьками. На місце втрачених надій та очікувань приходить нова філософія, відбувається переоцінка цінностей, що стимулює та наснажує до активності. Увага ФСР/соціальних працівників має бути зосереджена на допомозі у пошуку необхідних послуг, підтриманні постійного зв'язку із сім'єю.

Характер інвалідності безпосередньо впливає на те, які проблеми, ймовірно, виникнуть у дитини з інвалідністю. **Такими проблемами можуть бути:**

<p>Порушення слуху й мовлення</p>	<p>Родина, в якій є дитина з порушеннями слуху, стикається з великими проблемами встановлення контакту з дитиною, особливо коли у батьків й інших дітей звичайний слух і мовлення. Виникають труднощі у міжособистісних контактах; це призводить до того, що дитина віддаляється від них, замикається в собі, відмовляється спілкуватися. ФСР/соціальним працівникам варто поінформувати батьків про можливості альтернативних форм комунікації і допомогти знайти фахівця, який би допоміг батькам у набутті навичок альтернативного спілкування з дитиною. Варто звернути увагу батьків на такий факт: дитина відчуватиме власну спроможність, коли їх ставлення, поведінка, емоційний стан свідчатиме, що проблема не в тому, що дитина не говорить, не чує, а в тому, що вони її не розуміють. Такий підхід дає можливість нівелювати обмеження дитини, а батьків спонукає до пошуку альтернативних форм комунікації</p>
-----------------------------------	--

Порушення зору	Батьки незрячої дитини найчастіше сприймають її порушення як важке захворювання, займають, зазвичай, позицію гіперопіки, позбавляючи дитину самостійності й ініціативи. Неправильне виховання дитини з порушенням зору в родині формує в неї такі риси, як егоїзм, гордіня, невдячність, негативізм. За неправильного виховання незрячих дітей у них порушуються здібності до комунікації, ідентифікації, здатність до самообслуговування, вони погано інтегровані в суспільство зрячих, відчують фізичну залежність від інших людей. ФСП/соціальним працівникам варто поінформувати батьків про важливість розвитку компенсаторних функцій дитини, таких як тактильне сприймання, порадити відповідного фахівця. Адже розвиток компенсаторних функцій дитини в сензитивний період сприятиме її самостійності, ефективній адаптації та успішній соціалізації
Порушення інтелектуального розвитку	У родині, що має дитину з інтелектуальними відхиленнями, часто проблеми виникають не через низький рівень її розумового розвитку, а через помилкові методи поводження з нею, її виховання. Якщо батьки соромляться своєї дитини, їм буде важко любити її так, щоб вона почувала себе спокійно й безпечно. Іноді батьки вважають дитину безнадійною і відмовляють їй в іграшках, що розвивають, у спілкуванні з іншими дітьми. Дуже небезпечно, коли батьки прагнуть не помічати ознак розумової відсталості і доводити всім, що в дитини немає проблем з інтелектуальним розвитком. У такому випадку батьки намагаються навчити дитину того, що їй не під силу. Постійний тиск на дитину може зробити її дратівливою, впертою і навіть агресивною. Особливо складні проблеми супроводжують сім'ї, в яких є діти з комплексними порушеннями розвитку. Знаючи ці особливості, ФСП/соціальні працівники можуть забезпечити підтримку батьків у їх визначенні власних пріоритетних цінностей, що допоможе акцентувати їхню увагу на цінності дитини. Важливо допомогти зрозуміти батькам, що якими б не були порушення у дитини, в неї завжди є потенціал, який необхідно розвивати. Корисною буде допомога спеціального педагога, який допоможе скласти індивідуальну програму розвитку дитини з опорою на її актуальні можливості
Порушення опорно-рухового апарату	Батьки дитини, яка має порушення опорно-рухового апарату, стикаються з проблемами самообслуговування дитини, її пересування, мобільності, із труднощами особистої гігієни дитини. Зрештою, виникають проблеми ізольованості таких дітей від їх ровесників, доступу до об'єктів соціального оточення, взагалі соціальної ізоляції. Особливої уваги і підходу потребують діти з ДЦП. Батькам, насамперед, необхідно навчитися доглядати за такою дитиною. Тому ФСП/соціальним працівникам слід допомогти знайти фахівця, який навчить батьків цього, та заклад неподалік від місця проживання, в якому дитина зможе отримати комплексну реабілітаційну допомогу
Хронічні соматичні захворювання	Родини, в яких є хронічно хвора дитина, постійно мають проблеми медикamentозного лікування й госпіталізації. Важливо, як дитина сприймає власну хворобу. Якщо з раннього дитинства привчати її до спеціального режиму дня, розвивати в неї навички самоконтролю, то через певний час дитина сприйматиме все, що відбувається з нею, як звичний, налагоджений спосіб життя, але з певними особливостями, при якому, дотримуючись деяких розумних обмежень, регулярно виконуючи визначені дії, можна нормально жити і почувати себе так само, як інші. Батькам таких дітей необхідно пам'ятати, що залежність дітей від оточення, регресивні явища підсилюються постійним режимом, обмеженнями у пересуванні, самообслуговуванні. Постільний режим, що різко обмежує активність дитини, може виявитися особливо шкідливим, оскільки рух допомагає перебороти різного роду агресивні імпульси, страхи, напруженість

<p>Психоневрологічні захворювання</p>	<p>Спосіб життя в родині, де дитина має психоневрологічні захворювання, є специфічним. Зокрема, діти, які мають шизофренію, обмежені в контактах, їх дружелюбність вибіркова, емоційна реакція слабка; разом із тим вони занадто чутливі, сенситивні. Крім того, таким дітям властиві дифузійні страхи надмірного і примарного характеру. Родини з такими дітьми відчувають соціальну ізоляваність, замовчують свої проблеми, не показуються з дитиною «на людях», піклуються про власний імідж, особливо якщо мають високий соціальний статус. У разі порушення елементарних правил ставлення до дитини можна передбачити два крайніх типи реакції. Якщо увага постійно акцентується на захворюванні, постійно забороняється робити що-небудь самостійно, діти стають замкненими, підозрілими, сором'язливими, відсторонюються і навіть побоюються навколишніх. Деякі з них шантажують своїм захворюванням, інші стають агресивними і неслухняними.</p> <p>Нервово-психічні порушення призводять до поведінкових реакцій, що можуть створювати конфлікти в родині і соціальному оточенні. Членам родини доводиться виконувати «буферну» функцію, пом'якшуючи конфлікти, відновлювати взаємини. Якщо не вдається вирішити проблеми із соціальним оточенням, то батьки цілком ізолюють себе і дитину від оточення, приховують симптоми захворювання дитини, відмовляються від її виховання і можуть перекласти виховні функції на спеціальні установи. Роль ФСР/соціальних працівників полягає у допомозі налагодити конструктивні взаємини, за яких родина стає своєрідним організатором розвитку дитини; наданні інформації про батьківські громадські організації, які вирішують такі проблеми, альтернативні спеціальні установи, що можуть надати як фахові консультації батькам, так і спеціальну підтримку</p>
---------------------------------------	--

Поява дитини з інвалідністю в сім'ї ставить батьків перед фактом розширення соціальних контактів з різними установами, організаціями і службами, аби навчитися, насамперед, взаємодіяти з дитиною, сприяти її навчанню та розвитку. Тому ФСР/соціальному працівнику потрібно володіти вичерпною інформацією щодо ресурсів громади, а також зважати на типи порушень у дитини з інвалідністю, її потреби, труднощі і потреби сім'ї.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо подолання інвалідності?

Приєднавшись до основних міжнародних договорів у сфері прав людини, Україна взяла на себе зобов'язання дотримання загальнолюдських прав, які охоплюють захист від дискримінації. У 2009 році Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів, яка змінює підходи до розуміння інвалідності: з медичного і благодійного підходу до соціального і правового. Це зумовлює переорієнтацію вітчизняного нормативно-правового поля у питаннях інвалідності з компенсаторного на інтегративний, що забезпечує соціалізацію такої особи. Зокрема, перехід від залежності від фінансових виплат до зайнятості та автономії. Тобто, створення умов для самостійного життя людини з інвалідністю і підвищенню якості її життя.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Закон України від 7 вересня 2016 р. № 1490-VIII «Про ратифікацію Конвенції про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї»</p>	<p>Визначає загальні і конкретні зобов'язання держав-учасниць щодо прав осіб з інвалідністю. У Ст. 7 «Діти з інвалідністю» зазначено про потребу вжиття необхідних заходів для забезпечення повного здійснення дітьми-інвалідами всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими дітьми; першочергово увага приділяється вищим інтересам дитини; щоб діти-інваліди мали право вільно висловлюватися з усіх питань, дотичних до них, свої погляди, які мають належну вагомість, відповідну їх вікові та зрілості, нарівні з іншими дітьми, й отримувати допомогу, яка відповідає інвалідності та вікові, у реалізації цього права. Ст. 19 «Самостійний спосіб життя і залучення до місцевої спільноти» акцентує увагу на власній відповідальності осіб з інвалідністю щодо індивідуального життя і життя в громаді. Ст. 23 «Повага до дому та сім'ї» визначає право дітей з інвалідністю, нарівні з іншими особами, стосовно сімейного життя; право, щоб дитина не розлучалася зі своїми батьками проти своєї волі; у випадку, коли найближчі родичі не в змозі забезпечити догляд за дитиною-інвалідом, докладати всіх зусиль для того, щоб організувати альтернативний догляд завдяки залученню більш далеких родичів, а за відсутності такої можливості – завдяки створенню сімейних умов для проживання дитини в місцевій спільноті. Ст. 24 «Освіта» окреслює реалізацію права дитини з інвалідністю на освіту без дискримінації й на підставі рівності можливостей; держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя. Ст. 26 «Абілітація і реабілітація» передбачає вжиття ефективних і належних заходів для того, щоб надати дітям з інвалідністю можливість досягнення і збереження максимальної незалежності</p>
<p>Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів України»</p>	<p>Визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Реабілітаційні заходи здійснюються у спеціальних реабілітаційних установах, серед яких: 1) реабілітаційні установи для інвалідів; 2) спеціальні та санаторні будинки дитини та дошкільні навчальні заклади; 3) спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати); 4) навчальні заклади системи органів праці та соціального захисту населення; 5) установи соціального обслуговування інвалідів; 6) санаторно-курортні установи. Реабілітаційні установи, залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, належать до таких типів: 1) медичної реабілітації; 2) медико-соціальної реабілітації; 3) соціальної реабілітації; 4) психолого-педагогічної реабілітації; 5) фізичної реабілітації; 6) професійної реабілітації; 7) трудової реабілітації; 8) фізкультурно-спортивної реабілітації</p>
<p>Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III «Про психіатричну допомогу»</p>	<p>Визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини та громадянина; встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади; регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги. Ст. 15 передбачає, що у разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками особи віком до 14 років (малолітньої особи) або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано. Ст. 23 визначає процедуру влаштування до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який має психічний розлад</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
Закон України від 21 березня 1991 р. № 875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»	Гарантує рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають інвалідам змогу ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина і вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями та інтересами
Закон України від 6 вересня 2012 р. № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»	Детермінує організаційно-правові засади запобігання та протидії дискримінації з метою забезпечення рівних можливостей щодо реалізації прав і свобод людини та громадянина. Ст. 2 визначено принцип недискримінації в законодавстві України
Закон України від 16 листопада 2000 р. № 2109-III «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам»	Гарантує інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму
Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III «Про охорону дитинства»	Визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіти, соціальний захист та всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики у цій сфері. Ст. 19 передбачена інклюзивна освіта для дітей з інвалідністю
Закон України від 19 червня 2003 р. № 966-IV «Про соціальні послуги»	Цей Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. Визначено, що безоплатні соціальні послуги надаються громадянам, які не здатні до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, хворобою, інвалідністю, дітям з інвалідністю

Які соціальні виплати (допомога чи пільги) передбачені для осіб з інвалідністю?

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
1	Пенсії державна соціальна допомога	Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (від 16.11.2000 р. № 2109-III)	<p>Державна соціальна допомога призначається з дня звернення за її призначенням. Днем звернення вважається день примання органом праці та соціального захисту заяви з усіма необхідними документами. Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства призначається на весь час інвалідності, встановленої органами медико-соціальної експертизи.</p> <p>На дітей-інвалідів соціальна допомога призначається на строк, зазначений у медичному висновку, який видається у порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України, але не більш як по місяць досягнення дитиною-інвалідом 18-річного віку.</p> <p>Надбавка на догляд призначається з дня звернення за її призначенням. Надбавка на догляд за інвалідом з дитинства призначається на строк інвалідності, зазначений у витягу з акта огляду органами медико-соціальної експертизи; на догляд за дитиною призначається на строк державної соціальної допомоги; за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють, не навчаються (крім заочної форми навчання), не проходять службу, не обіймають виборну посаду і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом.</p> <p>У сільській місцевості заяви з необхідними документами можуть приймати уповноважені особи, визначені виконавчими комітетами селищних і сільських рад. Для призначення і нарахування державної соціальної допомоги, надбавки на догляд, допомоги на поховання уповноважені особи передають прийняті документи відповідним органам праці та соціального захисту населення. Про призначення або відмову у призначенні державної соціальної допомоги орган праці та соціального захисту населення письмово повідомляє особу, яка звернулася за її призначенням.</p>

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
2	Грошові компенсації	Постанова КМУ «Про порядок виплати та розміри грошових компенсацій на бензин, ремонт технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування» (від 14.02.2007 р. № 228)	Грошові компенсації передбачаються на: а) мастильно-паливні матеріали; ремонт і технічне обслуговування автомобілів; б) транспортне обслуговування; в) вартість санаторно-курортного лікування; в) за ненадання чи самостійне придбання засобу або послуги реабілітації, передбачених індивідуальною програмою реабілітації інвалідів
3	Компенсації	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги» (від 29.04.2004 р. № 558)	Компенсація призначається: на час встановлення групи інвалідності - інвалідам I групи, інвалідність яких встановлена безстроково та які згідно з довідкою до акта огляду медико-соціальною експертною комісією потребують постійного стороннього догляду У разі зміни групи інвалідності компенсація призначається в новому розмірі і виплачується з дня зміни групи інвалідності (якщо розмір збільшено) або з місяця, що настає за тим, в якому встановлено нову групу інвалідності (якщо розмір зменшено). Якщо дитина-інвалід після досягнення певного віку визнана інвалідом I, II або III групи, компенсація виплачується у новому розмірі за заявою фізичної особи, яка надає соціальні послуги, та представника дитини з дня зміни групи інвалідності (якщо розмір збільшено) або з місяця, що настає за тим, в якому дитині-інваліду встановлено нову групу інвалідності (якщо розмір зменшено). Виплата компенсації тимчасово зупиняється у разі пропуску інвалідом чергового перегляду органами медико-соціальної експертизи або дитиною-інвалідом - лікарсько-консультаційними комісіями, а у разі визнання знову інвалідом або дитиною-інвалідом повнюється з дня зупинення виплати, але не більш як за один місяць. Якщо при цьому інваліду встановлено іншу групу, компенсація за зазначений період виплачується у раніше встановлених розмірах за попередньою групою.

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
4	Пільги	Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (від 21.03.1991 р. № 875-XII)	Пільги передбачають: а) безплатне або за 50 % придбання лікарських засобів; б) забезпечення санаторно-курортними путівками за наявності медичних показань; в) позачергове встановлення квартирного телефону; г) 50 % знижка вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту; д) безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті; е) інші пільги за рахунок коштів місцевих бюджетів. Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва в загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах
5	Гуманітарна та благодійницька допомога	Закон України «Про гуманітарну допомогу» (від 22.10.1999 р. № 1192-XIV)	Гуманітарна та благодійницька допомога передбачає: а) одноразові та систематичні допомоги у грошовій формі; б) допомоги в натуральній формі для громадських організацій інвалідів і реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів (предмети соціального призначення та реабілітації інвалідів, медико-соціальне обладнання та оснащення, аудіо- та відеотехніка, призначена відповідно для сліпих і глухих, аудіо- та відеокасети з навчальними, соціальними, реабілітаційними програмами, інформацією з фізичної культури та спорту інвалідів тощо); в) забезпечення інвалідів автомобілями, визначеними гуманітарною допомогою
6	Пільги батькам дітей з інвалідністю	Закон України «Про пенсійне забезпечення» (від 5.11.1991 р. № 1788-XII)	Матері інвалідів з дитинства, які виховали їх до цього віку, мають право на пенсію за віком після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше ніж 15 років із зарахуванням до стажу часу догляду за дітьми (ст. 17). При цьому до числа інвалідів з дитинства належать також діти-інваліди віком до 16 років, які мають право на одержання соціальної пенсії (ст. 94). У разі відсутності матері, коли виховання дитини-інваліда здійснювалось його батьком, батьку призначається пенсія за віком після досягнення 55 років при стажі роботи 20 років. Окремою категорією громадян «батьки дітей-інвалідів» як така, на яку поширюються пільги, чинним законодавством не визначена. Батьки дітей з інвалідністю мають право на отримання допомоги на догляд, право на пільговий проїзд при супроводженні дитини-інваліда. Інші пільги можуть бути передбачені нормативно-правовими актами, які ухвалюються органами місцевого самоврядування

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
7	Поліпшення житлових умов	Кодекс Законів про працю (в редакції Закону від 28.12.2014 р. № 77-VIII)	Одному з батьків дитини-інваліда може бути надано один додатковий вихідний день на місяць за рахунок власних коштів підприємства. Одному з працюючих батьків передбачено пільгу щодо сплати прибуткового податку. Під час роботи матір дитини-інваліда без її згоди не можна залучати до надурочних робіт або направляти у відрядження, також забороняється тимчасово переводити її на іншу роботу. На підприємствах і в організаціях може встановлюватись за рахунок власних коштів скорочена тривалість робочого часу для жінок, які мають дитину-інваліда. На прохання жінки, яка має дитину-інваліда, у тому числі таку, що перебуває під її опікою, власник або уповноважений ним орган (під час прийняття на роботу і згодом) зобов'язаний устанавлювати їй неповний робочий день або неповний робочий тиждень. Оплата праці в цьому випадку здійснюється пропорційно відпрацьованому часу або залежно від виробітку. Робота в умовах неповного робочого часу не тягне за собою будь-яких обмежень трудових прав працівників
8	Допомога по тимчасовій непрацездатності в разі захворювання матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною з інвалідністю	Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» (від 18.01.2001 р. № 2240)	Допомога по тимчасовій непрацездатності в разі захворювання матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною-інвалідом, надається застрахованій особі, яка доглядає за дитиною, з першого дня на весь період захворювання. Допомога по тимчасовій непрацездатності застрахованій особі, яка виховує дитину-інваліда, надається на весь період санаторно-курортного лікування дитини-інваліда (з урахуванням часу на проїзд до санаторно-курортного закладу і назад) за наявності медичного висновку про потребу стороннього догляду за нею

Хто може бути надавачем послуг для осіб та сім'ї з такою ознакою вразливості?

Надавачами соціальних послуг для осіб з інвалідністю та їх сімей є організації державної, комунальної, приватної форми власності, неурядові організації та фізичні особи, які провадять свою діяльність відповідно до положень, статутних документів, цивільно-правових договорів (для фізичних осіб-підприємців), в яких визначено перелік соціальних послуг та категорії осіб, сімей, яким вони надаються.

Згідно із Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», **систему реабілітації інвалідів, дітей з інвалідністю становлять:**

- органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;
- реабілітаційні установи для інвалідів, дітей-інвалідів, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- будинки дитини – дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу;
- дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років;
- дошкільні навчальні заклади – Центри розвитку дитини системи освіти;
- спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади системи освіти;
- загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади I-III рівнів акредитації;
- установи соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- санаторно-курортні установи.

Основні завдання провідних надавачів послуг представлено у додатку 5.1.

Велику роль у наданні послуг для осіб та сім'ї з такою ознакою вразливості відіграють громадські організації.

Найбільш повний перелік надавачів послуг з контактними даними по регіонах України та за специфікою інвалідності подано на сайті Міністерства освіти і науки України; завантажити документ можна за посиланням: <http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/osvita-osib-z-osoblivimi-potrebamii/informaczijni-materiali.html>.

Які особливості раннього виявлення дітей та сімей, що мають таку ознаку вразливості?

На сьогодні актуальним є питання розвитку в Україні системи послуг раннього виявлення сімей, які мають дитину з інвалідністю, та організації системи раннього втручання з метою надання комплексної допомоги дітям, зокрема раннього віку, які мають інвалідність, системної підтримки родинам, які виховують таких дітей, запобігання відмовам батьків від дітей з інвалідністю та потраплянню таких дітей в інтернатні заклади, а також запобігання інвалідації дитячого населення.



Раннє втручання – це комплексна система допомоги сім'ї, в якій народилась дитина з порушеннями розвитку або ризиком таких порушень. Ця система послуг спрямована на раннє виявлення, терапію наявних порушень, профілактику поглиблення розладів функцій дитини, надання підтримки сім'ї для забезпечення її функціонування в найкращих для дитини та батьків умовах. Програми раннього втручання визнають **сім'ю єдиною правильним середовищем** для розвитку дитини, і виконавці цих програм усі свої зусилля спрямовують на допомогу сім'ї щодо створення найкращих умов для цього.

Виявлення сімей з такою ознакою вразливості може відбуватися шляхом:

- самозвернення (візит до центру, телефонний дзвінок, лист тощо);
- переадресація або лист від державної організації чи установи (поліклініка, ЛКК, департамент соціальної політики, школа, пологовий будинок тощо);
- звернення від представників громадського сектору: громадські організації, релігійні установи, волонтери;
- звернення від громадян (сусіди, родичі, знайомі).

Особливої уваги потребує питання раннього виявлення дітей, які мають проблеми у розвитку, та дітей «групи ризику» з моменту їх народження. При цьому важлива тісна співпраця ФСР/соціальних працівників з медичними працівниками, які мають інформацію про анамнез дитини. Така співпраця ґрунтується на командній взаємодії та комплексному підході не тільки до дитини, а й до батьків.

Особливої уваги ФСР/соціальних працівників в контексті раннього втручання потребують сім'ї, якщо:

- малята, які народилися передчасно, мають екстремально низьку вагу (від 500 г);
- мають генетичні захворювання (наприклад, синдром Дауна чи інші);
- у мами були важкі пологи – такі немовлята теж перебувають у «групі ризику»;

- малюки живуть у неналежних умовах чи мають порушення психомоторного розвитку (наприклад, у 6-8 місяців не можуть сидіти);
- діти мають гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи;
- у маляти церебральний параліч;
- дитина страждає на мікроцефалію, спинно-мозкову килу;
- діти мають спадково-дегенеративні захворювання нервової системи, розлади спектру аутизму тощо.

Основою системи раннього втручання є міждисциплінарний підхід, який на практиці забезпечується створенням команди необхідних фахівців, які проводять вивчення дитини і потреб сім'ї, приймають рішення (при цьому кожен відповідає за прийняте рішення), складають програму раннього втручання та реалізують її.

Першим кроком до взаємодії міждисциплінарної команди є знайомство сім'ї із групою фахівців (педіатр, невропатолог, ФСР/соціальний працівник, за потреби залучаються інші вузькопрофільні фахівці). Важливо, щоб таке знайомство проходило в доброзичливій та довірливій атмосфері. Міждисциплінарна команда має всебічно обстежити дитину та її сім'ю, визначити основну проблему та скласти план втручання. Необхідно, щоб при цьому розглядався не лише медичний діагноз, а всі сфери розвитку дитини, оточення, соціальні фактори.

На сьогодні в Україні немає загальнодержавного інституту раннього втручання, хоча такі відділення починають створюватися, переважно на базі реабілітаційних центрів:

- Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» (м. Львів);
- Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (м. Харків);
- Медико-соціальний реабілітаційний центр «Дорога життя» (м. Ужгород);
- Центр раннього втручання Комунальна установа «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» (м. Одеса) тощо.

Відділення раннього втручання здійснює та надає:

- оцінку загального розвитку дитини;
- діагностику та лікування медичних проблем;
- розроблення індивідуального плану реабілітації;
- психолого-педагогічну корекцію порушень розумового розвитку дитини (індивідуальні та групові заняття);
- можливість зустрічі та взаємопідтримки з батьками, чия дитина має схожі проблеми;
- консультації для батьків з правових та соціальних питань, психологічних проблем;
- необхідну інформацію батькам, що стосується розвитку дитини, медичних та педагогічних аспектів (консультації, література, семінари);

- скерування за потреби в реабілітаційні центри, на санаторно-курортне лікування;
- інтеграцію дітей з вадами розвитку в колективи дошкільних навчальних закладів

З досвіду роботи

Відділення раннього втручання медико-соціального реабілітаційного центру «Дорога життя» (м. Ужгород)

У межах психологічного супроводу та підтримки сім'ї, що виховує дитину з особливими потребами, проводяться виїзні семінари-зустрічі для батьків – «Батьки для батьків».

Мета – згуртувати батьків, які виховують дитину з особливими потребами, та навчити їх говорити про свої відчуття, почуття, переживання.

Завдання:

- навчити батьків говорити про свої почуття та потреби;
- допомогти батькам:
- вийти з ізоляції;
- пізнати самих себе з допомогою інших;
- набути впевненості;
- обмінятися досвідом;
- побороти страх перед оточенням;
- знайти однодумців,
- дати емоційну підтримку та ресурс для батьків.

Семінари проводяться у Духовно-реколекційному будинку Мукачівської греко-католицької єпархії (с. Анталовці, Ужгородського р-ну), тому батьки мають змогу отримати (за бажанням) і духовну підтримку.

Групи психологічного супроводу «Братики-сестрички»

Оскільки сім'я є цілісною системою, то ті ж емоційні та адаптаційні труднощі, що переживають батьки дитини з особливими потребами, гостро відчують і здорові діти в сім'ї. Власне, вивчення питання впливу народження дитини з інвалідністю на здорових дітей в сім'ї свідчить, що досвід бути братом чи сестрою неповносправної дитини може бути не тільки травмуючим, а й навпаки – сприятливим для особистісної та соціальної зрілості, формування чуйності, емпатійності, терпимості і поваги до інших.

Метою психокорекційної роботи є подолання дітьми емоційних труднощів, пов'язаних з неповносправністю брата чи сестри, а також створення умов для кращого розуміння його (її) особливостей, ефективної взаємодії.

Робота проводиться у різних вікових групах (6–10, 11–14, 15–18 років) у формі групових занять та індивідуальних консультацій, консультувань батьків з питань стосунків між братами-сестрами.

Система раннього втручання також ґрунтується на принципі нормалізації, який означає, що в результаті надання послуг життя дитини і родини стане більш наближеним до життя звичайної сім'ї, але з урахуванням особливих потреб дитини.

З досвіду роботи

Батьки звернулися із запитом «покращити рухові навички, щоб дитина могла сама сидіти» (дитині 3 роки з діагнозом «ДЦП, спастичний тетрапарез, тяжка форма. Груба затримка психомовного розвитку»). Мама розповіла, що у повсякденному житті сім'ї найбільшою складністю є годування дитини: її доводиться тримати на руках, голова хитається, спостерігаються часті похлинання, а найголовніше – цей стресовий процес забирає до 5 годин на день. Відповідно, залишається дуже мало часу на відпочинок, ігри та прогулянки, у старшої дитини проявляються образи і агресія, бо на неї часу у мами вже не вистачає, а сама матір перебуває у стані хронічної втоми, що не може не відбиватися на подружніх стосунках... Тому пріоритетом для втручання (після узгодження з батьками і формування вторинного запиту) стало не просто покращання моторного розвитку дитини (бо при зазначеному діагнозі не варто очікувати швидкого результату у набутті рухових навичок), а оптимізація процесу годування (за участі лікаря, фізичного терапевта та фахівця з терапії харчування). У результаті було підібрано: адаптоване крісло, яке забезпечувало адекватне та безпечне для годування положення тулуба і голови, відповідну техніку годування (позу дитини й опікуна, терапевтичну ложку і горнятко, спосіб давання їжі, прийоми контролю нижньої щелепи, темп годування), консистенцію, поживну і енергетичну цінність їжі. Власне, вирішення саме цієї проблеми матиме найбільш нормалізуючий вплив на життя дитини і сім'ї у цей відрізок часу.

Закономірним наслідком дійсно фахово проведеного раннього втручання, яке нормалізує життя дитини та її родини, є зменшення кількості відмов від дітей з інвалідністю. Отже, це ефективний спосіб попередження інституалізації. Крім того, як свідчить досвід, у разі раннього отримання підтримки сім'ї ставали більш сміливими у захисті прав своїх дітей і надалі.

Які особливості оцінки потреб дітей з інвалідністю та сімей, в яких вони виховуються?

У здійсненні оцінки потреб осіб з інвалідністю та їх сімей визначних особливостей немає. За потреби, до проведення оцінки може залучатися психолог, спеціальний педагог чи інший спеціаліст, представники громадських організацій.

З досвіду роботи

У м. Києві оцінка якості життя отримувача послуг центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями здійснюється за наказом КМЦСССДМ «Про затвердження Примірної інструкції з обліку роботи з особами, які перебувають у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» від 04 червня 2013 р. № 82 (зі змінами від 18 липня 2014 р. № 114) – Картка базової оцінки якості життя отримувача послуг центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями (з 7 до 35 років).

Загалом, проводячи оцінку потреб дітей раннього віку та їх сімей, ФСР/соціальному працівнику варто звернути увагу на ті сім'ї, в яких виховується дитина, яка має відставання у своєму розвитку (орієнтуючись на показники вікового розвитку дитини) і не обстежена відповідними фахівцями.

Через низку суб'єктивних причин батьки можуть не звертатись до профільних фахівців з цього питання, порушуючи цим право дитини на отримання відповідної допомоги і супроводу. Особливо це стосується дітей до 3 років. Перше, на що варто зважати ФСР/соціальному працівнику, – наявність мовлення у дитини. Саме відсутність мовлення є найбільш видимою для оточуючих і може бути проявом багатьох проблем.



Важливим у спілкуванні з батьками є встановлення довірливих стосунків. З цією метою варто уникати зайвої термінології, власних припущень про певні порушення в розвитку дитини. Натомість, можна поставити запитання: «Що вас, як батьків, турбує у вашій дитині?» Інколи сама бесіда наштовхує батьків на розуміння, що розвиток дитини не повною мірою відповідає нормі, вони починають запитувати і просити поради. На цьому етапі вже можуть звучати рекомендації стосовно обстеження дитини відповідними фахівцями.

При здійсненні оцінки потреб також важливо з'ясувати, чи розроблена і як реалізується на практиці Індивідуальна програма реабілітації інваліда. Пункт 14 Індивідуальної програми реабілітації «Реабілітаційні заходи та їх реалізація» фахівці МСЕК, ЛКК заповнюють відповідно до переліків послуг, що надаються особам з інвалідністю, згідно з додатками 1-6 до постанови Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів». При цьому в кожному конкретному випадку визначаються види та форми реабілітаційних заходів і їх виконавці.



Завдання ФСР/соціального працівника – надати вичерпну інформацію про те, де такі послуги в населеному пункті можна отримати, а також роз'яснити важливість звернення за цими послугами.

На етапі виявлення та здійснення оцінки варто:

- виявити й опрацювати власні стереотипи щодо інвалідності;
- розширити свої знання з правової сфери і державного законодавства щодо питань інвалідності, цікавитися змінами;
- приймати рішення в інтересах дитини з інвалідністю, на користь сімейних форм утримання, з урахуванням недискримінації;
- володіти базою даних щодо організацій державного і недержавного секторів, які працюють з особами з інвалідністю, залучати інших спеціалістів, організації до вирішення проблем сім'ї (за потреби).

Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з отримувачами послуг з інвалідністю?

Форма	Орієнтовна тематична спрямованість
Бесіди	Ознайомлення з правами та обов'язками осіб з інвалідністю та членів їх сімей; види виплат та особливості отримання допомоги в оформленні документів для їх отримання; напрями психолого-педагогічної реабілітації, фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації, професійної реабілітації, соціальної та побутової реабілітації; валеологічні знання; можливості та особливості навчання у ВНЗ; можливості для працевлаштування; підбір реабілітаційного обладнання тощо
Інтерактивні лекції	
Інформаційні заняття	
Тематичні зустрічі	
Індивідуальні консультації, зокрема за принципом «рівний – рівному»	Прийняття статусу, адаптація до життя з інвалідністю (зокрема для тих, хто має набуту інвалідність); подолання самостигматизації; збереження якості життя, здоров'я та працездатності; конструктивне подолання проблем тощо
Терапевтичні групи	
Мотиваційне консультування	
Сімейні консультації	Виховання та розвиток дитини з інвалідністю; розвиток батьківського потенціалу, формування педагогічних та батьківських компетенцій; підвищення реабілітаційної культури батьків; вирішення конкретної проблеми, пошук шляхів її розв'язання, вироблення плану спільних дій та взаємопідтримки; організація та ефективне використання вільного часу; активний відпочинок та сімейне дозвілля тощо
Просвітницькі заняття для батьків осіб з інвалідністю («Батьківська школа»)	
Клуби сімейного спілкування	
Тренінгові заняття	Мовленнєвий розвиток; формування побутових навичок, навчання самообслуговування; забезпечення мобільності й соціально-середовищної орієнтації; формування мотивації до лікування та реабілітації, активної участі у житті суспільства; попередження та подолання самостигматизації; захист своїх прав; прийняття усвідомлених та відповідальних рішень; запобігання насильству в сім'ї та його подолання; конструктивне спілкування і вирішення конфліктів; роз'яснення норм поведінки у складних ситуаціях; особистісне зростання тощо
Творчі майстер-класи	Малювання, ліплення, оригамі тощо
Групові соціокультурні заходи	Екскурсії, відвідування театрів, музеїв, кінотеатрів, місць культурного відпочинку; організація виставок творчих робіт дітей та молоді з інвалідністю; кіноклуби для батьків з переглядом фільмів із Міжнародного кінофестивалю «Кіно без бар'єрів»
Конкурси, пізнавальні квести	Правова вікторина «Мої права в моєму місті», «У пошуках громадянського суспільства»; квест «Місто успіху»; конкурс «Талановита мольдь»; конкурс творчих робіт; спортивні конкурси тощо
Фестивалі	Фестиваль творчості дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Повіримо у себе»
Ярмарок вакансій	«Моя професія», «Освіта. Кар'єра. Успіх» тощо

Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для Внесення у план?

Сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю, надаються такі соціальні послуги (рис. 7):

<p>Базові (не передбачають надання постійної або систематичної комплексної допомоги)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • інформування • консультування • посередництво • надання притулку • представництво інтересів
<p>Комплексні (передбачають узгоджені дії різних фахівців з надання постійної або комплексної допомоги)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • догляд • соціальний супровід / патронаж • соціальна адаптація • соціальна інтеграція та реінтеграція
<p>Матеріально-технічні (надаються отримувачу, який має необхідність отримання натуральної допомоги)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • продукти харчування • засоби санітарної і особистої гігієни • засоби догляду за дітьми • одяг, взуття • паливо • транспортні послуги

Рис. 7. Соціальні послуги для сімей, в яких виховуються діти з інвалідністю

Окрім того, при роботі з сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю, важливими і необхідними є **соціально-педагогічні послуги**, що передбачають формування активної життєвої позиції у молоді з інвалідністю, просвітницько-виховну роботу в суспільстві щодо інвалідності, створення інклюзивного суспільства рівних можливостей.

З досвіду роботи

Соціальна робота з сім'ями, в яких виховуються діти та молодь з інвалідністю, при Київському міському центрі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді бере витоки з міського фестивалю творчості дітей з інвалідністю «Повіримо у себе». Саме на фестивалі в атмосфері свята і творчості формувалися довірливі стосунки дітей з інвалідністю і їх батьків з волонтерами із дитячих громадських організацій міста і спеціалістами ЦСССДМ.

З досвіду роботи

Київський міський фестиваль творчості дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Повіримо у себе» проводиться з 1993 року для демонстрування можливостей дітей та молоді з функціональними обмеженнями; розкриття їхнього творчого потенціалу; сприяння їх творчому подальшому зростанню. Під час фестивалю реалізується конкурсна програма за дев'яти творчими номінаціями для дітей і окремо молоді (виставка творчих робіт, концерт) із залученням професійного журі. Відбуваються різні творчі проекти: церемонія нагородження переможців, «Зоряна вітальня», круглий стіл учасників фестивалю і дорослих на актуальну тему, обрану молоддю, творчі майстер-класи (які проводять як учасники фестивалю, так і запрошені професіонали), творчі інтерактиви. З 2014 року одним із принципів організації фестивалю є безпосередня участь молоді: до розроблення концепції фестивалю, підготовки волонтерів, організаційної роботи було залучено 14 молодих людей з інвалідністю, які склали молодіжний блок організаторів заходу. Протягом останніх років у фестивалі беруть участь 1500 дітей та молодих людей з інвалідністю із 70 організацій міста (комунальних, приватних, громадських тощо). Фестиваль є дієвим інструментом для створення нових форм і смислів, для внесення позитивних змін у суспільну свідомість щодо інвалідності.

Київська міська соціальна акція «Місто, де зручно всім» проводиться з 2004 року. Її мета – привернути увагу суспільства до створення умов безбар'єрного середовища та формування активну життєву і громадську позицію у дітей та молоді з інвалідністю, членів їх сімей. За час проведення акції мета і діяльність змінювались. Свій початок акція взяла з аудитів доступності місць громадського призначення, а далі – проведення круглих столів за участі представників управління архітектури, громадських організацій, що опікуються проблемами людей з інвалідністю; фотовиставка робіт дітей з інвалідністю «Світ з мого вікна»; хода сімей, які виховують дітей з інвалідністю, вулицею Хрещатик. У результаті багаторазового проведення акції організатори та учасники дійшли висновку, що найактуальнішим бар'єром є стереотипне ставлення людей до осіб з інвалідністю, тому важливим завданням стало проведення просвітницьких заходів у молодіжному середовищі і серед спеціалістів різних організацій, причетних до розв'язання цієї проблеми. У 2007 році проведено I Київський кінофестиваль «Кіно без бар'єрів», на якому протягом двох днів демонструвались фільми про активне і самостійне життя людей з інвалідністю.

Спільно з Благодійним фондом «Асоціація інвалідів комп'ютерників» розроблено та реалізується інформаційно-просвітницький **проект «Спікерське бюро»**, спрямований на формування позитивного іміджу людей з інвалідністю та активне залучення до участі у громадському житті молоді з інвалідністю. У межах проекту підготовлена група молодих людей з інвалідністю до публічних виступів. Ними проводяться зустрічі для спеціалістів державних установ, які опікуються дітьми, молоддю, сім'ями, для журналістів муніципальних ЗМІ, учнівської та студентської молоді. Під час зустрічей у молоді з інвалідністю є можливість розповісти про своє життя і мрії, про етику спілкування, про Конвенцію ООН з прав людей з інвалідністю, принципи універсального дизайну та важливість безбар'єрності.

Якими є основні ризики та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які мають таку ознаку вразливості?

- 1. У наданні підтримки дитині з інвалідністю предметом стурбованості спеціалістів має стати добробут всієї родини.** Перший важливий крок – не допустити відділення дитини від сім'ї. Щоб допомогти батькам залишитися разом і запобігти відходу батька із сім'ї, важливо надавати відповідні консультації, необхідну інформацію та підтримку. Зокрема, слід забезпечити тимчасовий догляд за такою дитиною у період відпочинку батьків, які здійснюють постійний догляд за нею, а також участь батьків у сімейних програмах, інформаційних заняттях, клубах сімейного дозвілля та відпочинку тощо.
- 2. Актуальним залишається питання вироблення соціально прийнятної термінології щодо інвалідності.** Лексика ФСР/соціальних працівників має бути коректною, безоцінною, недискримінуючою, урахувати права людини, заохочувати повагу до гідності. Мовлення має протидіяти стереотипам, відповідати сучасним підходам до поняття «інвалідності», міжнародним стандартам, етиці. Слід уникати зайвої термінології, спілкуватися з батьками звичною для них мовою. Це допомагає уникнути формальності у стосунках.
- 3. Міждисциплінарний підхід до вирішення питань конкретної людини з інвалідністю** стає пріоритетним у реалізації завдань соціальної роботи. ФСР/соціальному працівнику необхідно розуміти важливість та особливості командного підходу до вирішення тих чи інших питань, бути готовим працювати в команді фахівців, які здійснюють оцінку потреб дитини і сім'ї та забезпечують подальшу роботу з нею. Для успішної співпраці потрібна неперервна й ефективна взаємодія сім'ї та центру, школи тощо. Якщо така співпраця матиме формальний характер, то робота з конкретною сім'єю виявиться малоефективною.
- 4. Взаємодія отримувача та надавача послуг на партнерських засадах.** Це єдина правильна позиція у професійній соціальній роботі. Вона передбачає довіру фахівця, який надає послуги, до сил і можливостей отримувача послуг, усвідомлення отримувачем власної відповідальності за свою долю загалом і, зокрема, за вирішення своєї проблеми. Також охоплює відповідальність фахівця за свою професійну компетентність, за дотримання умов безпеки отримувача та етику соціального працівника.
- 5. Визначення спільних цілей у роботі з родинами.** ФСР/соціальному працівнику варто вивчити запит батьків – що їх турбує і на які результати співпраці вони очікують. Це буде початковою точкою опори при формуванні цілей втручання, і якщо коло сподівань батьків (наприклад, покращити розумовий розвиток дитини) суттєво відрізняється від бачення пріоритету втручання командою (покращання зчитування батьками сигналів дитини, налагодження ефективнішої дитячо-батьківської взаємодії), то варто докласти зусиль і часу для приведення бачення мети втручання до певного спільно-

го знаменника. Інакше ефективність такого неузгодженого, неспівзвучного втручання буде мінімальною; батьки, ймовірно, зі скепсисом спостерігатимуть за діями спеціалістів, за не першочерговими, на їх думку, намаганнями.

Таке погоджене розуміння виробляється шляхом надання батькам якнайповнішої інформації про результати обстеження фахівцями, діагноз дитини (причини, перебіг, прогноз, сучасні доказові ефективні методи допомоги); під час організованої спільної зустрічі батьків та фахівців, які планують співпрацювати з цією сім'єю (так званий круглий стіл), коли у команди є можливість пояснити своє бачення ситуації та вислухати батьків. На такій зустрічі остаточно формуються погоджені першочергові цілі, визначається тривалість, форми втручання тощо. У будь-якому разі команда поважатиме рішення батьків, оскільки саме вони несуть відповідальність за свою дитину.

6. Чітке й послідовне наголошення на цінності дитини. Те, що спеціалісти говорять про дітей під час формального і неформального спілкування на початкових етапах співпраці, суттєво впливає на розвиток стосунків із сім'ями дітей. Батьки цінують здатність спеціалістів бачити різні аспекти особистості дитини, а не лише проблеми у розвитку; вміння звертати увагу на індивідуальний прогрес дитини, а не порівнювати її із іншими дітьми.

7. Допомога у працевлаштуванні. Сприяючи у працевлаштуванні, слід пам'ятати, що людям з інвалідністю, які направлені на роботу відповідно до рекомендації медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), вступне випробування при прийнятті на роботу не встановлюється. Тобто, у трудовому договорі та наказі щодо зарахування на роботу ця умова не може бути застосована.

8. Загальна стратегія соціально-педагогічного супроводу сім'ї, в якій є дитина з інвалідністю, має такі основні напрями:

- Дати зрозуміти родині, що вона у світі не єдина зі своєю проблемою. Є інші сім'ї, які, відповідно до своїх можливостей, вирішують цю проблему на основі вироблення власної філософії життя. Результатом цього є створення найсприятливіших умов для соціалізації дитини з інвалідністю. Познакомити з такою родиною.
- Проводити консультації, під час яких інформувати про послуги різноманітних соціальних служб, медичних закладів тощо та мотивувати до звернення отримати такі послуги. Ознайомлювати з правовим становищем дитини.
- Поінформувати батьків про методiku роботи з дитиною з інвалідністю. Допомогати в організації спільного з дитиною сімейного відпочинку.
- Радити батькам не намагатися «нормалізувати» дитину, коли це неможливо. Невдача в таких випадках призводить до трагедії.
- Допомогти батькам побачити реальні можливості дитини і спрямувати всі сили на її розвиток під час належного догляду за нею, її виховання та навчання.

9. Підтримка батьків як важливе завдання у соціальній роботі з сім'ями, які виховують дитину з інвалідністю. Неможливо допомогти дитині з інвалідністю розвиватися цілісно, ігноруючи батьків, завданням яких і є створення найбільш сприятливих для розвитку дитини умов. Є безліч проблем, з якими стикаються батьки: як сказати про хворобу рідним, друзям; як повідомити іншим дітям, що їх братик чи сестричка мають особливі потреби; що говорити у закладах освіти. Часто батьки прагнуть приховати хворобу і самі стають замкненими у собі, відсторонюються від інших. ФСП/соціальний працівник може порадити консультацію психолога, який допоможе такій сім'ї віднайти взаєморозуміння з іншими, подолати внутрішні бар'єри і жити повноцінним життям. Окрім цього, навчить батьків, як пристосуватися до особливих потреб дитини, як не звертати уваги на докори інших.

Родини дітей з інвалідністю відповідальні за них упродовж усього життя. Тому одне з найважливіших завдань ФСП/соціальних працівників – допомогти батькам повірити в себе, у власні сили, аби вони могли подолати труднощі. До кожної родини слід віднайти індивідуальний підхід, оскільки потреби, можливості та пріоритети різняться; одні потребують більшої підтримки, інші - меншої. Батьки цінують зусилля фахівців, які намагаються усвідомити, що означає мати дитину з інвалідністю, зрозуміти стан її рідних.

10. Важливим є **попередження професійного вигорання**, чітке розуміння своїх повноважень, меж та відповідальності за:

- свій професійний рівень;
- достовірність інформації, що надається отримувачу послуг;
- аналіз того, що відбувається в процесі роботи;
- дотримання часових меж робочого дня;
- дотримання етичних стандартів та виконання функціональних обов'язків.

ФСП/соціальний працівник не може відповідати за те:

- яким чином отримувач послуг розпоряджатиметься отриманою інформацією;
- які рішення приймає отримувач послуг;
- що відчуває отримувач послуг.

Список використаних джерел

1. Всемирный доклад об инвалидности, 2012, ВООЗ, Всемирный банк – Режим доступа: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf.
2. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка : навч. посібник – К. : Кондор, 2005. – 560 с.
3. Положение детей в мире, 2013 год. Резюме. ЮНИСЕФ. – Режим доступа: http://www.unicef.org/sowc2013/files/SOWC13-rus_press.pdf.
4. Подготовка детей-инвалидов к семейной и взрослой жизни : пособие для родителей и специалистов / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. – Изд. 2-е, дополненное. – Саратов : Научная книга, 2007. – 188 с. – Режим доступа: <http://www.who.int/topics/disabilities/ru/>
5. Проблемы детской инвалидности в переходной период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии, ЮНИСЕФ, 2005 – Режим доступа: <http://www.unicef.org/ceecis/Disability-rus.pdf>.
6. Чи буде в Україні надаватися послуга «раннє втручання»? – Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/chi-bude-v-ukrayini-nadavatisya-posluga-ranne-vtruchannya>.


Список рекомендованих джерел

1. Акатов Л. І. Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я. – М. : Гуманітарний вид. центр ВЛАДОС, 2003.
2. Аксьонова Л. І. Соціальна педагогіка в соціальному світі. – М. : Просвещение, 2001.
3. Василькова Ю. В. Методика й досвід роботи соціального педагога. – М.: Академія, 2001.
4. Жулина Є. В. Основи соціальної реабілітації. – М. : ТЦ Сфера, 2005.
5. Кумаріна Г. Ф. Корекційна педагогіка в початковій освіті. – М. : Академія, 2003.
6. Маллер А. Р. Соціальне виховання і навчання дітей з відхиленнями у розвитку. – М. : Аркто, 2000.
7. Холостова Є. І. Соціальна робота з інвалідами. – М. : Видавничо-торгова корпорація «Дашков і К», 2006.
8. Черпухіна Т. В. Захист дитинства. Діти з обмеженими можливостями. – Вологда : Русь, 2004.

Основні завдання провідних надавачів послуг особам з інвалідністю та їх сім'ям

Надавач послуг	Основні завдання
<p>Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів</p>	<p>Здійснюють державне управління системою реабілітації людей з інвалідністю. Координують роботу реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів обласного підпорядкування; контролюють виплату компенсаційних виплат, передбачених законодавством України; направляють інвалідів та дітей-інвалідів до реабілітаційних установ. Організують роботу із забезпечення інвалідів транспортними засобами, технічними та іншими засобами реабілітації. Аналізують та узагальнюють потребу в забезпеченні людей з інвалідністю та окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації, автомобілями, санаторно-курортним лікуванням, компенсаційними виплатами, передбаченими законодавством, та направляють узагальнену інформацію до Державної служби у справах інвалідів та ветеранів України. Беруть участь у створенні безперешкодного середовища для маломобільних категорій населення</p>
<p>Реабілітаційні установи для інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності</p>	<p>Забезпечують комплексну реабілітацію, цільовим призначенням якої є здійснення соціально-економічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок інвалідів і дітей-інвалідів, корекцію психічних процесів, здобуття освіти, трудову зайнятість, незалежно від категорії і причин інвалідності</p>
<p>Будинки дитини – дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності</p>	<p>Забезпечують медико-соціальний захист дітей-сиріт, дітей, які залишилися без піклування батьків, а також дітей з вадами фізичного та розумового розвитку</p>
<p>Спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу</p>	<p>Надають освітні та корекційно-розвивальні, медичні та реабілітаційні послуги дітям від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, тривалого лікування і реабілітації, незалежно від відомчого підпорядкування, типу та форми власності</p>
<p>Дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років</p>	<p>У складі цих закладів можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку; незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності</p>
<p>Дошкільні навчальні заклади – Центри розвитку дитини системи освіти</p>	<p>Забезпечують фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекцію психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома</p>

Надавач послуг	Основні завдання
Спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) загальноосвітні навчальні заклади системи освіти	Надають освітні та корекційно-розвивальні послуги для дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку
Загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) загальноосвітні навчальні заклади I-III	Надають освітні, оздоровчі та медичні послуги дітям, які потребують тривалого лікування
Установи соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності	Соціальне обслуговування у стаціонарних установах соціального обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг громадянам, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду, та забезпечує створення відповідних їх віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, соціального характеру, харчування і догляд, а також організацію посиленої трудової діяльності, відпочинку і дозвілля
Санаторно-курортні установи, які належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сферах трудових відносин, соціального захисту населення	Здійснюють лікувальний процес переважно природними лікувальними засобами, мають статус лікувально-профілактичних організацій (санаторії, пансіонати з лікуванням, водолікарні, санаторії-профілакторії)



РОЗДІЛ

6

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ НАСИЛЬСТВА
В СІМ'Ї ТА ЖОРСТОКОГО
ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ**

РОЗДІЛ 6. Попередження насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми

- У чому полягає сутність насильства в сім'ї та жорстокого поведіння з дітьми як ознаки вразливості?
- Якими є чинники виникнення насильства у сім'ї та жорстокого поведіння з дітьми?
- Якими є наслідки насильства в сім'ї та жорстокого поведіння з дітьми?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо попередження та подолання насильства в сім'ї та жорстокого поведіння з дітьми?
- Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?
- Якими є особливості виявлення жорстокого поведіння стосовно дитини?
- Які особливості проведення оцінки як випадку, так і потреб дитини?
- Як здійснюється планування роботи?
- Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Якими є основні ризики (труднощі, застереження) та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які мають таку ознаку вразливості?

Додаток 6.1. Витяги з окремих нормативно-правових документів, які стосуються питання попередження насильства в сім'ї та жорстокого поведіння з дітьми

Додаток 6.2. Індикативні таблиці виявлення насильства щодо дітей (автори: О. Кочемировська, А. Ходоренко)

Додаток 6.3. Особливості та правила опитування дитини, яка зазнала жорстокого поведіння

У чому полягає сутність насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми як ознаки вразливості?

ФСР/соціальному працівнику, який працює у напрямі попередження насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми, необхідно володіти інформацією щодо явища насильства, розуміти чинники його виникнення, а також знати основні індикатори, які значною мірою полегшать виявлення насильства та надання необхідної допомоги, спеціалізованих соціальних послуг сім'ї і дитині.



Насильство в сім'ї – будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю²³.

Жорстоке поводження з дитиною – будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства над дитиною в сім'ї або поза нею, у тому числі: втягнення дитини в заняття проституцією або примушування її до заняття проституцією з використанням обману, шантажу чи уразливого стану дитини або із застосуванням чи погрозою застосування насильства; примушування дітей до участі у створенні творів, зображень, кіно- та відеопродукції, комп'ютерних програм або інших предметів порнографічного характеру; ситуації, за яких дитина стала свідком кримінального правопорушення, внаслідок чого існує загроза її життю або здоров'ю; статеві зносини та розпусні дії з дитиною з використанням: примусу, сили, погрози, довіри, авторитету чи впливу на дитину, особливо вразливої для дитини ситуації, зокрема з причини розумової чи фізичної неспроможності або залежного середовища, у тому числі в сім'ї; будь-які незаконні угоди щодо дитини, зокрема: вербування, переміщення, переховування, передача або одержання дитини, вчинені з метою експлуатації, з використанням обману, шантажу чи уразливого стану дитини²⁴.

Насильство в сім'ї та жорстоке поводження з дитиною – це явища, які виникають з діяльності людини або ж бездіяльності. Прикладом цього можуть слугувати випадки ненадання допомоги людині, яка її потребує, ігнорування, недбалого ставлення до дитини, людини похилого віку тощо.

²³ Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», м. Київ, 15 листопада 2001 р.

²⁴ Порядок розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення, затверджений Наказом Мінсоцполітики України, МВС України, МОН України, МОЗ України 19.08.2014 р. № 564/836/945/577.

Така діяльність чи бездіяльність означена певними властивостями:

- *умисність*: насильство завжди спрямоване на досягнення певної мети, воно є наслідком продуманої дії, тобто не є випадковим;
- *порушення прав та свобод іншої людини*: насильство завжди пов'язане з порушенням прав особистості або групи осіб;
- *низький рівень самозахисту між учасниками насильницьких дій через різні переваги або залежність*: фізична сила (чоловік стосовно дружини, батьки стосовно дітей, дорослі стосовно людей похилого віку), вікові переваги (батьків стосовно дітей), економічна залежність;
- *спричинення шкоди* (фізичної, емоційної тощо).

Вирізняють **чотири види насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми**:

1. Психологічне (емоційне) насильство пов'язане з дією на психіку дитини шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю.

Психологічне насильство має важкі та тривалі негативні наслідки для емоційного розвитку дитини, формує страх за особисту безпеку та безпеку близьких осіб.

Психологічне насильство реалізується в різних формах: ізоляція від членів родини, друзів, погрози застосування насильства, приниження гідності, крик, лайка й образи, ігнорування, знуцання, заподіяння душевних страждань, формування й розвиток почуття безсилля і страху, зниження самооцінки людини, звинувачення в божевільлі, штучне створення ситуацій, у яких один із членів родини відчуває психологічний дискомфорт. Психологічне насильство виражається також у формі погроз, брутальності, висміювання, заборон на зустрічі із друзями й заняття улюбленою справою, знуцанні і вбивстві тварин, дорогих людині, у відсутності прийняття, підтримки й ін.

Психологічне насильство найчастіше буває важко розпізнати й ідентифікувати, тому що на відміну від фізичного насильства в цьому випадку явні ознаки насильства найчастіше непомітні, а наслідки можуть бути надзвичайно важкими. При цьому психологічне насильство є найбільш поширеним і становить основу всіх видів насильства і зневаги стосовно дітей.



У вітчизняному законодавстві щодо психологічного насильства вживається також словосполучення «загроза вчинення насильства», під яким розуміють залякування жертви застосуванням фізичного насильства. Крім того, психологічне насильство може охоплювати заподіяння душевної або психологічної травми й обмеження свободи волевиявлення (незалежно від реальності настання фізичної шкоди).

Основні типи психологічного насильства

Ігнорування потреб дитини

виявляється в: *нездатності* та/або небажанні батьків виражати прив'язаність, любов і турботу стосовно дитини; *позбавленні* її емпатії; *ігноруванні* потреб дитини у безпечному оточенні, підтримці, спілкуванні тощо.

Відторгнення

виявляється у: *приниженні* дитини, зокрема публічному; *висуненні* до неї надмірних, не відповідних віку чи можливостям вимог; *публічній демонстрації* негативних якостей дитини; *формуванні* у неї почуття сорому і провини за прояви природних емоцій (страх, плач, гнів тощо); *жорсткій критиці* тощо.

Погрози і тероризування

виявляються у: *приниженні* гідності дитини, погрозах щодо покарання або побоїв, здійснення насильства стосовно дитини чи того, кого дитина любить (мама, сестри, брата, домашньої тварини); *використанні* ненормативної лексики стосовно дитини чи у її присутності; *обіцянках* кинути або розлюбити дитину, покінчити життя самогубством, принизити дитину в очах важливих для неї людей або розповісти про її реальні чи удавані гріхи й помилки; *звинуваченні* дитини у власних невдачах; *безпідставних* скаргах на її поведінку, вчинки, використання її дійсних або міфічних вад чи помилок для постійного тиску на дитину, її шантажування; *використанні* дітей як довірених осіб та об'єктів шантажу в конфліктах між батьками тощо.

Ізоляція

передбачає: *встановлення* безпідставних обмежень на соціальні контакти дитини з однолітками, родичами чи іншими дорослими; *обмеження* права дитини на побудову власних взаємин з однолітками; *відсутність* у дитини права залишати власний будинок (наприклад, батьки примусово переводять дитину на домашнє навчання) тощо.

Розбещення

передбачає: *мотивування* дитини до антисоціальної поведінки, наприклад: крадіжок, вандалізму, інших протиправних дій тощо; *заохочення* самодеструктивної поведінки, зокрема залучення дитини до вживання алкоголю і наркотиків тощо.

2. Економічне насильство (нехтування потребами дитини) означає систематичну неспроможність чи небажання задовольняти основні фізичні потреби дитини, позбавлення дитини житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які вона має передбачене законом право, що може призвести до її смерті, викликати порушення фізичного або психічного здоров'я чи розвитку.

Таке недбале поведіння охоплює небажання забезпечувати дитину адекватною медичною допомогою, заборону вчитися, а також нездатність захистити дитину від фізичної або емоційної шкоди й небезпек.

Типовими різновидами економічного насильства стосовно дітей є:

- залишення дитини без нагляду;
- трудова експлуатація дитини (використання дитячої праці), яка перешкоджає або унеможлиблює здобуття нею освіти та ставить під загрозу її життя, здоров'я, нормальний фізичний та психічний розвиток;
- примушення дитини до протиправних дій в економічній сфері (крадіжок, жебрацтва тощо);
- позбавлення (погроза позбавлення) житла й грошового утримання, на яке дитина має законне право (житлової площі батьків, аліментів, пенсії, стипендії тощо);
- відібрання документів, без яких дитина не може продовжувати освіту або влаштуватися на бажану для неї роботу, якщо її вік передбачає таку можливість;
- існування за рахунок дитини (присвоєння пенсії дитини з інвалідністю чи інших соціальних виплат на дитину, примушення до збору пляшок або пошуку харчів чи одягу на смітнику тощо);
- позбавлення дитини належних умов проживання та харчування, відсутність необхідної уваги, піклування, захисту (бездоглядність) тощо.

Нехтування потребами дитини спостерігається не лише у сім'ях з низьким матеріальним становищем. Іноді батьки або особи, які їх замінюють, поводяться таким чином через брак батьківської компетенції (наприклад, випускники інтернатів), нелюбов до дитини тощо.

3. Фізичне насильство – це умисне завдання особі побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті, порушення фізичного чи психічного здоров'я, приниження честі та гідності постраждалої особи.

Фізичне насильство може означати побиття, шмагання, струси, кидання та штовхання, стусани та ляпasi, отруєння, завдання опіків, утоплення, удушення, кидання предметів та вчинення інших дій, що завдають дитині фізичної шкоди, спричиняють біль.

До фізичного насильства належать перешкоджання в отриманні необхідного лікування та реабілітації, симулювання симптомів або навмисне спричинення хвороби у дитини, а також введення стосовно людини різних обмежень у пересуванні, наприклад закриття у ванній кімнаті або в інших місцях та ін.

Фізичне насильство охоплює також залучення дитини до вживання наркотиків, алкоголю, пропонування їй отруйних засобів чи медичних препаратів, що викликають одурманення (наприклад, снодійних, не прописаних лікарем). Варто пам'ятати, що такі дії належать до фізичного насильства, оскільки чинять негативний вплив на здоров'я дитини та становлять загрозу її життю, проте стосуються і психологічного насильства, оскільки передбачають залу-

чення дитини до діяльності, не відповідної її віку, що має вплив на її свідомість, установки, поведінку тощо.

Фізичне насильство – одна з найпоширеніших форм насильства. У нашій країні фізичні покарання дітей, на жаль, досі є звичною практикою, однак такою, що суперечить законодавству (ст. 150 Сімейного кодексу України забороняє будь-які види експлуатації батьками своєї дитини та її фізичні покарання, а також застосування батьками інших видів покарань, які принижують людську гідність дитини).

4. Сексуальне насильство над дитиною – це протиправне посягання на статеву недоторканість дитини, розглядається як залучення дитини з її згоди чи без неї в сексуальні дії з дорослим або іншою дитиною.

Сексуальне насильство може мати фізичні або контактні (з проникненням або без нього), та нефізичні, або неконтактні, форми. Неконтактні форми сексуального насильства передбачають залучення дитини до перегляду або участі у виготовленні порнографічних матеріалів, спостереження за статеви-ми актами, а також схилення дітей до прояву сексуалізованої поведінки (залицання, демонстрація дитиною статевих органів тощо).

Якими є чинники виникнення насильства у сім'ї та жорстокого поводження з дітьми?

Для ефективного виявлення, попередження та протидії насильству щодо дитини важливо розуміти його природу та чинники виникнення. Виділяють чотири основні категорії таких чинників:

1. Чинники, пов'язані з особливостями розвитку суспільства.

До них належать:

- 1) відсутність у суспільній свідомості чіткої оцінки фізичних покарань як неприпустимих, високий рівень терпимості до жорстокого поводження з дитиною.* Насильство часто розглядається як сукупність певних дисциплінарних заходів, спрямованих на виховання дитини. При тому, що на сьогодні в Україні насильство (у тому числі – покарання дитини, які впливають на її психологічний стан та здоров'я загалом) законодавчо визнано неприпустимим, у свідомості дорослих зміни на користь відмови від насильницьких методів виховання відбуваються дуже повільно, особливо якщо відсутня цілісна система підвищення педагогічної компетентності дорослих, в основі якої лежить установка – виховання без насильства;
- 2) демонстрація насильства в засобах масової інформації.* Насильство, яке практично щодня демонструється за допомогою ТБ (мультфільми, фільми, передачі) і відео, зміцнює суспільну думку (у тому числі дітей та підлітків) про те, що дії такого характеру унормовані;

- 3) *низька правова грамотність населення.* Зокрема, недостатня поінформованість про права та захист дитини, що закріплені у чинному законодавстві, а також про те, що кожен громадянин зобов'язаний повідомляти у відповідні служби про випадки жорстокого поводження з дітьми, які стали йому відомі;
- 4) *погана поінформованість дітей про свої права.* Діти часто не знають, що є повноправними особами й мають право на захист і допомогу. Вони не знають, до яких органів варто звернутися за захистом, які соціальні установи можуть надати їм допомогу.

II. Чинники, обумовлені соціально-економічним розвитком, структурою родини й моделлю спілкування у ній, а саме:

- 1) *низькі доходи і постійна нестача грошей.* Така ситуація спричиняє напруженість, пов'язану з незадоволеністю основних потреб членів родини. Якщо при цьому відсутня соціальна допомога як від держави, так і від громадських організацій, родина залишається наодинці зі своїми проблемами. Хронічні стресові ситуації викликають у батьків фрустрацію й безпорадність, впливаючи на психологічний клімат сім'ї. Оскільки дитина залежна від батьків, то для неї існує високий ризик стати жертвою насильства;
- 2) *безробіття або тимчасова робота, а також низька кваліфікація* (особливо у батька). За даними ряду досліджень, працюючі матері менше схильні до насильства;
- 3) *молоді батьки.* Народження першої дитини разом із незрілістю особистості батьків, низьким рівнем освіти і професійної підготовки погіршує соціально-економічні умови родини, що посилює ризик вчинення насильства;
- 4) *неповна родина.* Наявність у дитини тільки одного з батьків значно погіршує матеріальне становище родини та підвищує зайнятість матері/батька, відповідно, дитина часто залишається без нагляду, низки потреб дитини можуть бути не задоволені;
- 5) *погані житлові умови, перенаселеність житлової площі* призводять до додаткової напруженості, що може спровокувати насильство;
- 6) *конфліктні або насильницькі стосунки між членами родини.* Батьки, які застосовують насильство для вирішення конфліктів між собою, схильні використовувати його і стосовно дітей. Окрім того, відповідно до міжнародних стандартів, дитина, яка є свідком насильства, одночасно є і його жертвою, оскільки це завдає їй страждань та суттєвої психологічної шкоди;



Дослідженнями підтверджено, що жінки, які піддаються насильству з боку свого чоловіка, частіше проявляють жорстоке поведіння стосовно своїх дітей. У родинях з нерівномірним розподілом влади між батьками, за домінуючої гіперпротекції, застосування насильства над дітьми найбільш ймовірне. Також родини з невизначеними сімейними ролями і функціями, із двояким типом виховання, коли до дітей висувуються непослідовні й суперечливі вимоги, мають високий ризик застосування насильства до дитини. Члени родин, у яких недостатні емоційні зв'язки, проблеми комунікації і, як наслідок, несформована й неефективна психологічна підтримка, частіше виявляють насильство стосовно своїх дітей.

- 7) *міжпоколінна реплікація (передання) насильницького досвіду.* Батьки, які зазнавали або були свідками насильства в дитинстві, схильні до нього у спілкуванні зі своїми дітьми. З раннього віку батьки-жертви засвоїли моделі агресивної поведінки стосовно інших людей і членів родини зокрема. Насильство для них – первинний і звичний спосіб вирішення соціальних конфліктів. Батьків, які страждали в дитинстві від насильства, вирізняє низька самооцінка, соціальна ізоляваність, переживання хронічних повсякденних стресів, труднощі у формуванні близьких відносин, особливо зі своїми дітьми. Травматичний досвід дитинства знижує їх батьківську компетентність. Пережита ними занедбаність, зневага й відсутність любові, іноді в поєднанні з вимогами беззаперечного підпорядкування, сформували недовіру до людей і власної дитини зокрема. Дуже часто вони повторюють ту ж модель поведінки: суворі вимоги й покарання. Тим дорослим, хто все-таки зміг отримати емоційну підтримку як від значущого дорослого в дитинстві, так і в цей момент – з боку свого партнера – вдасться вирватися із замкненого кола й перервати успадкування такої «сімейної традиції».
- 8) *проблеми взаємин батьків і дитини.* Якщо між батьками і дитиною не формується прихильність, то зростає ризик насильства. Крім того, у старшому віці у дитини можуть бути труднощі з формуванням самостійності й близьких відносин, оскільки відсутні потрібні умови і зразки для набуття основних навичок спілкування з людьми;
- 9) *емоційна й фізична ізоляція родини.* Ізоляція проявляється у відсутності соціальних контактів, формальної і неформальної підтримки.

III. Чинники, обумовлені особистістю батьків, а саме:

- 1) *особливості особистості батьків.* Ризик насильства зростає, якщо батьки мають такі психологічні особливості, як ригідність, домінування, тривожність, роздратованість (особливо на провокуючу поведінку дитини), низька самооцінка, депресивність, імпульсивність, залежність, низький рівень емпатії і відкритості, низька стресостійкість, емоційна лабільність, агресивність, замкнутість, підозрлість і проблеми самоідентифікації;

- 2) *неадекватні соціальні очікування стосовно дитини*, пов'язані з фізичними вадами дитини, її статтю, інтелектуальними здібностями тощо. Батьки не завжди розуміють стан, особливо хворої дитини, перебіг її хвороби і наслідки, тому можуть залишити дитину без необхідної допомоги. У цьому випадку батьки оцінюють наявність дитини як сильний стресогенний фактор, почуваються нещасними, незадоволеними своїм сімейним життям;
- 3) *низький рівень соціальних навичок*. Відсутнє вміння вести переговори, вирішувати конфлікти й проблеми, справлятися зі стресом, просити допомоги в інших. При цьому працюють механізми психологічного захисту – наявність проблеми заперечується, щоб не приймати допомогу. Насильство над дітьми є сімейним секретом, що ретельно приховується і відкрито не обговорюється, оскільки викликає страх, обвинувачення, сором, почуття вини тощо;
- 4) *психічне здоров'я батьків*. Виражені психопатологічні відхилення, знервованість, депресивність, схильність до суїцидів збільшують ризик застосування насильства стосовно дітей;
- 5) *алкоголізм і наркоманія батьків* і, як наслідок, психічні проблеми й афективні порушення: агресивність, гіперсексуальність, дратівливість, порушення координації, послаблений контроль над своєю поведінкою, зниження критичності, зміни особистості тощо;
- 6) *нерозвиненість батьківських навичок і почуттів*. Такий дефіцит найчастіше характерний для юних батьків, а також розумово відсталих, психічно хворих батька чи матері. Юні батьки, ще будучи незрілими, не можуть взяти на себе відповідальність, не мають необхідних знань про розвиток і виховання дитини. У батьків, які схильні до насильства, часто відсутні навички, щоб упоратися з агресивною поведінкою дитини. Вони не в змозі приборкати власну агресію і гнів стосовно дитини, зазвичай не розуміють її потреб, не здатні оцінити її вміння, здібності, у результаті чого висувають до неї вимоги, які вона не може виконати. Зі страху втратити контроль над дитиною юні батьки часто використовують авторитарний метод виховання, а покарання розглядають як спосіб корекції поведінки дитини. Іноді це зумовлено незнанням інших можливостей. Є категорія батьків, які переконані, що дитина існує для задоволення їхніх емоційних потреб, що вона повинна бути слухняною, чуйною, лагідною, тямущою, не засмучувати, любити й радувати їх. Тобто, відповідальність за проблеми дитинства перекладається на саму дитину, роль дорослого в них заперечується.
- 7) *хронічне безробіття батьків, яке має суб'єктивні причини*, – тобто, не тимчасова або вимушена незайнятність, а систематична й свідома неспроможність чи небажання батьків працювати та забезпечувати основні потреби дитини у їжі, одязі, медобслуговуванні тощо;
- 8) *низька правова культура*, недостатня обізнаність у нормах щодо охорони прав дитини та системи санкцій за жорстоке поводження з нею.

IV. Чинники, обумовлені особистістю дитини. Високий ризик стати жертвами насильства мають такі категорії дітей:

- небажані діти, а також ті, які були народжені після втрати батьками попередньої дитини;
- недоношені діти, які мають при народженні низьку вагу;
- діти, які живуть у багатодітній родині, де проміжки між народженнями дітей були невеликими (погодки);
- діти із вродженими або набутими каліцтвами, низьким інтелектом, з порушеннями здоров'я (спадкові та хронічні захворювання, у тому числі й психічні);
- діти з розладами й особливостями поведінки (дратівливість, напади гніву, імпульсивність, гіперактивність, непередбачуваність, агресивність дитини, які призводять до зниження здатності підкорятися вимогам дорослих, які їх виховують; порушення сну, енурез);
- діти з деякими особливостями особистості (замкнутість, апатичність, байдужість, залежність);
- діти з низькими соціальними навичками;
- діти з особливостями зовнішності, що відрізняють їх від інших або важко переживаються батьками, з якими вони ніяк не можуть змиритися (наприклад, «не тієї» статі);
- діти, чиє виношування й народження було дуже важким для матерів;
- діти, які часто хворіли і були розлучені з матір'ю протягом першого року життя;
- діти, належні до етнічної меншини, діти, які мають статус біженця, переселенця або шукача притулку, що через низький рівень толерантності у суспільстві може бути фактором ризику виникнення насильства з боку однолітків, у громаді тощо.

ФСР/соціальному працівнику варто пам'ятати, що витоки формування насильницького поведіння з дитиною не вичерпуються одним чинником, а зазвичай пов'язані із їх сукупністю, які необхідно детально аналізувати, розпочинаючи роботу з дитиною та сім'єю загалом. Розуміння чинників виникнення насильства сприяє його попередженню та вибудовуванню дієвої системи захисних механізмів, а у кожному конкретному випадку допомагає його подоланню.

Якими є наслідки насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми?

Будь-який вид жорстокого поводження з дітьми веде до різних наслідків, але поєднує їх одне – шкода фізичному та психічному здоров'ю дитини чи створення небезпечної ситуації для її розвитку та життя.

ФСР/соціальному працівнику варто не тільки розрізняти види насильства над дитиною, а й розуміти його наслідки для дитини та родини загалом.

Короткочасними наслідками акту насильства (здебільшого, одноразового) стають негативні переживання: відчуття приниження, образи, провини, страху, залежності і безправ'я, стан тривоги, невпевненість у собі.

Насильство, що повторюється, призводить до значних психологічних страждань, стресу, зниженого настрою, постійного відчуття страху, а іноді й до серйозніших наслідків, таких як спроби суїциду. Результатом насильства також може стати загострення хронічних захворювань і поява нових. Хронічна депресія, саморуйнівні вчинки, складності життя у сім'ї – усе це виявляється як довготривалі наслідки тієї або іншої форми насильства.

Діти, які зазнали зловживань, поєднують імпульсивність та довготерпіння, підозрілість з ірраціональною вірою в можливість покращення ситуації. Вони визначаються низькою самооцінкою, є емоційно залежними, відчувають самотність, ізольованість, страх перед майбутнім, упевненість у відсутності перспектив, провини за інциденти насильства. У таких дітей є схильність до прийняття ролей, які нав'язує оточення («якщо мене вважають поганим, буду поганим») або, навпаки, крайній негативізм у відповідь на співчуття.

Діти, які живуть в умовах жорстокого поводження, часто пропускають шкільні заняття, а також вирізняються високим рівнем ризику алкоголізації та наркотизації, девіантною та зухвалою сексуальною поведінкою, патологічною схильністю до мандрів.

Найбільш типовими для дитини наслідками перебування в ситуації насильства стають такі поведінкові прояви (і саме на них найчастіше скаржаться вчителі та батьки): бійки, конфлікти з оточуючими, низька шкільна успішність, надмірна замкненість. До емоційних проблем таких дітей можна віднести підвищену агресивність, переважно знижений настрій, високу тривожність та наявність страхів, нестійкість почуттєвої сфери, легке коливання емоцій та їх надмірна сила, неадекватні ситуації (дикий регіт, лютя або ридання у відповідь на незначні зовнішні подразники).

Частими наслідками насильства в сім'ї стають психоневрологічні розлади в дітей: безсоння, енурези та енкопрези (нетримання калу), а також психосоматичні розлади як відповідь на стрес (серцево-судинні хвороби, порушення травлення, астма, алергії та захворювання шкіри).

Діти, які постраждали від сексуального насильства, відчувають безпорадність, власну провину, зневіреність у своїх силах та, переважно, погано ставляться до себе. Наприклад, більшість із дівчат очікують, що тепер до них будуть ставитися зневажливо, і поведуться відповідно.

Дитина, яка постраждала від сексуального насильства, може тривалий час перебувати в стані пост-травматичного стресу і виявляти такі типи реакції:

- *експресивний*: дитина виявляє сильні емоції, може плакати, кричати, ридати або сміятися, тремтіти, розгойдуватися, але головне – вона не може контролювати свої емоції;
- *контролюючий*: дитина намагається стримувати себе, і зовні її поведіння не відрізняється від звичайного, або вона навіть виглядає спокійнішою, ніж завжди;
- *шоковий*: дитина здається приголомшеною, пригніченою, важко зрозуміти, що з нею відбулося.

Дівчата, які пережили в дитинстві сексуальне насильство у сім'ї, у дорослому віці часто не вміють будувати здорові стосунки з іншими жінками, чоловіками, своїми дітьми. Вони завжди очікують і водночас бояться насильства; у них виникають труднощі з вихованням дітей, їм складно забезпечувати дітям захист і підтримку. Дівчата, які пережили інцест, дорослішаючи, можуть стати матерями, які ніколи не залишають дитину наодинці, контролюють кожен її крок, виховують її у повній ізоляції від навколишнього світу, намагаючись захистити від будь-якої травми (та цим спричиняючи психологічне насильство). Частина ж дівчат, які піддавалися інцесту, стаючи матерями, «не помічають», коли аналогічні дії їх чоловіки чи співмешканці вчиняють стосовно їх доньок або синів.

Хлопці, які пережили в дитинстві фізичне і сексуальне зловживання, виростають юнаками та чоловіками, схильними до фізичної жорстокості, психологічного насильства та сексуальної зневаги щодо своїх партнерок.

Серед **віддалених наслідків насильства** стосовно дітей виділяють порушення фізичного і психічного розвитку дитини, різні соматичні захворювання, психічні розлади, особистісні та емоційні негаразди, девіантну поведінку; соціальні наслідки (особистісні: труднощі у встановленні контактів, соціальна занедбаність, криміналізація поведінки, алкоголізація та наркотизація; суспільні: деформація загальнолюдських цінностей, реплікація насильницької поведінки).

Дослідження щодо насильства у родині донедавна зосереджувались переважно на наслідках насильства для жертв, але на сьогодні всі спеціалісти розуміють, що особа, яка чинить насильство (агресор), також відчуває на собі низку негативних наслідків від власноруч вчиненого насильства, подолання яких також сприятиме попередженню виникнення насильницької поведінки у майбутньому.

Такими наслідками для особи, яка вчиняє насильство, можуть бути:

- *фізичні*: ушкодження, переломи, різного типу травми, забиття, синці, гематоми та навіть втрата життя як наслідок оборони жертви (за даними міжнародної статистики, великий відсоток підлітків, які перебувають у місцях позбавлення волі, дістали вирок саме за вбивство батька/вітчима/діда, іншого члена сім'ї, унаслідок оборони у сімейній сварці або через тривале знущання);
- *психологічні*: постійний стресовий стан, щирі докори сумління та навіть відчуття безпорадності у зв'язку з неможливістю опанувати себе, припинити насильство; боротьба між його ролями «справжнього, жорсткого, дорослого чоловіка/або сильної жінки» і прихованої у підсвідомості «дитини, яка потребує прийняття та захисту матері/або батька»;
- *юридичні*: притягнення до адміністративної або кримінальної відповідальності.

Найнегативнішим наслідком насильства у сім'ї для суспільства загалом є реплікація насильницької поведінки з покоління у покоління, адже пережите у дитинстві насильство в сім'ї дитина засвоює як норму, яку вона наслідує у власній родині, у вихованні своїх дітей. Окрім того, насильство в сім'ї погіршує емоційно-психологічний стан громадян, провокує агресію та жорстокість у суспільстві, підвищує рівень злочинності (зокрема, серед серійних вбивць, сексуальних маніяків великий відсоток тих, хто у дитинстві переживав тяжке тривале насильство з боку батьків), спричиняє погіршення загального стану здоров'я населення. Також суспільство зазнає економічних втрат у зв'язку з необхідністю вжиття спеціальних заходів для агресорів та осіб, які потерпають від насильства, витрат на лікування та підтримку осіб, які під час сімейного насильства зазнають психологічних і фізичних збитків, витрат на утримання осіб, що перебувають під вартою або засуджені унаслідок вчинення насильницьких дій.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо попередження та подолання насильства в сім'ї та жорсткого поводження з дітьми?

Окрім загальних міжнародних і вітчизняних документів, наприклад, Конвенція ООН про права дитини, Конвенція Ради Європи про захист дітей від сексуальної експлуатації та сексуального насильства, Конституція України, Кодекси, якими передбачено захист дітей від різних форм насильства, в Україні формується система спеціальних законодавчих актів, які безпосередньо спрямовані на захист прав та інтересів дитини, охорону її від усіх форм насильства та впровадження міжнародних стандартів попередження жорсткого поводження з дітьми.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III «Про охорону дитинства»</p>	<p>Визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист та всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики у цій сфері.</p> <p>Попередженню насильства над дітьми в сім'ї або за її межами присвячена окрема стаття Закону України «Про охорону дитинства» – ст. 10 «Право на захист від усіх форм насильства».</p> <p>Кожній дитині гарантується право на свободу, особисту недоторканність та захист гідності. Дисципліна і порядок у сім'ї, навчальних та інших дитячих закладах мають забезпечуватися на принципах, що ґрунтуються на взаємоповазі, справедливості і виключають приниження честі та гідності дитини.</p> <p>Держава здійснює захист дитини від: усіх форм фізичного і психічного насильства, образи, недбалою і жорстокого поводження з нею, експлуатації, включаючи сексуальні зловживання, у тому числі з боку батьків або осіб, які їх замінюють; втягнення у злочинну діяльність, залучення до вживання алкоголю, наркотичних засобів і психотропних речовин; залучення до екстремістських релігійних психокультурних угруповань та течій, використання її для створення та розповсюдження порнографічних матеріалів, примушування до проституції, жебрацтва, бродяжництва, втягнення до азартних ігор тощо.</p> <p>Держава у порядку, встановленому законодавством, надає дитині та особам, які піклуються про неї, необхідну допомогу у запобіганні та виявленні випадків жорстокого поводження з дитиною, переданні інформації про ці випадки для розгляду до відповідних уповноважених законом органів для проведення розслідування і вжиття заходів щодо припинення насильства</p>
<p>Закон України від 15 листопада 2001 р. № 2789-III «Про попередження насильства в сім'ї»</p>	<p>Визначає сутність та види насильства в сім'ї, правові й організаційні основи попередження насильства в сім'ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів з його попередження.</p> <p>У законі також визначено спеціальні заходи з попередження насильства в сім'ї: (1) офіційне попередження про неприпустимість вчинення насильства в сім'ї; (2) захисний припис; (3) взяття на профілактичний облік; (4) зобов'язання пройти корекційну програму</p>
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2003 р. № 616 «Про затвердження Порядку розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу»</p>	<p>Порядок визначає механізм прийняття, обліку і розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу.</p> <p>У порядку зазначено, що у разі, якщо заява стосується неповнолітнього чи недієздатного члена сім'ї, відповідна інформація подається службі у справах дітей та органу опіки і піклування</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 24 вересня 2008 р. № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дітей»</p>	<p>Визначає Порядок провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, та затверджує Типове положення про комісію з питань захисту прав дитини. Визначає особливості: соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі дітей, які постраждали від жорстокого поводження; виявлення дітей, які залишилися без батьківського піклування; ведення обліку дітей, які залишились без батьківського піклування, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; набуття дитиною статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування; влаштування дітей, які залишилися без батьківського піклування, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; захисту майнових та житлових прав дітей, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; реєстрації народження дитини та розв'язання спорів між батьками щодо виховання дитини, а також особливості провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, переміщеної з тимчасово окупованої території або району проведення антитерористичної операції</p>
<p>Наказ Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2014 № 564/836/945/577 «Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення»</p>	<p>Порядок визначає механізм реагування та взаємодії структурних підрозділів Мінсоцполітики, МОН, МВС, МОЗ України у попередженні жорстокого поводження з дітьми, фізичного, сексуального, психологічного, економічного насильства, наданні невідкладної допомоги дітям, які потерпіли від жорстокого поводження. Якщо до будь-кого із працівників органів внутрішніх справ, органів та закладів освіти, охорони здоров'я, структурних підрозділів, відповідальних за реалізацію державної політики щодо запобігання насильству в сім'ї, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді звернулася дитина з приводу жорстокого поводження з нею – той, до кого звернулася дитина (державний посадовець, лікар, учитель, вихователь, працівник соціальної служби, поліції тощо), зобов'язаний оформити письмово звернення дитини і передати його до відповідного територіального підрозділу Служби у справах дітей протягом однієї доби з моменту отримання звернення (повідомлення)</p>
<p>Наказ Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України, Міністерства внутрішніх справ України від 7 вересня 2009 р. № 3131/386 «Про затвердження Інструкції щодо порядку взаємодії структурних підрозділів, відповідальних за реалізацію державної політики щодо попередження насильства в сім'ї, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї»</p>	<p>Визначає порядок здійснення структурними підрозділами, відповідальними за реалізацію державної політики щодо попередження насильства в сім'ї, службами у справах дітей, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідними підрозділами органів внутрішніх справ заходів щодо попередження насильства в сім'ї і механізм їх взаємодії при здійсненні таких заходів. Розкрито повноваження щодо попередження насильства в сім'ї всіх, перелічених в назві інструкції структур. Структурні підрозділи, відповідальні за реалізацію державної політики щодо попередження насильства в сім'ї районних (міських) держадміністрацій приймають та розглядають заяви та повідомлення про вчинення насильства в сім'ї або реальну загрозу його вчинення (далі – заяви та повідомлення) відповідно до Порядку розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 26.04.2003 № 616</p>

Особи, винні у порушенні вимог законодавства про охорону дитинства, та особи, які вчинили насильство в сім'ї, несуть кримінальну, адміністративну або цивільно-правову відповідальність відповідно до законів України (додаток 6.1).

Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?

Згідно із Порядком розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення, до системи виявлення і попередження насильства залучені:

- служби у справах дітей, які виступають *координатором* заходів щодо захисту дітей від жорстокого поводження з ними або реальної загрози його вчинення;
- органи внутрішніх справ;
- заклади освіти;
- заклади охорони здоров'я;
- центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- неурядові організації, які здійснюють захист прав дитини.

Надавачами соціальних послуг також можуть бути заклади соціального захисту дітей та центри соціально-психологічної реабілітації дітей, центри соціально-психологічної допомоги тощо, громадські організації.

Якими є особливості виявлення жорстокого поводження стосовно дитини?

Виявлення факту або загрози (підозри) вчинення жорстокого поводження з дитиною відбувається через:

- огляд та безпосереднє спостереження за дитиною з виявленням ознак (індикаторів) жорстокого поводження стосовно неї. Це передбачає оцінку зовнішнього вигляду дитини, її фізичного та психологічного стану, особливостей поведінки, поведінки інших членів сім'ї та осіб, які взаємодіють з дитиною, із середовища, яке її оточує;
- проведення психодіагностичних методик (зокрема, проєктивних) психологом;
- отримання інформації від дитини;
- отримання інформації від працівників та волонтерів, які контактують з дитиною, найближчого оточення дитини (батьків або осіб, які їх замінюють), однолітків щодо її стану та поведінки, можливо, особистісних особливостей, які з'явилися у дитини;
- обстеження житлово-побутових умов та спостереження;

- аналіз документів особової справи дитини щодо інформації про пережиту дитиною насильство (інформація від закладів освіти, медична документація, результати експертиз тощо).

Отже, ФСП/соціальний працівник може виявити факт або загрозу (підозру) жорстокого поводження стосовно дитини такими шляхами:

- самостійно (через спостереження за дитиною/її найближчим оточенням або ставши свідком певних подій);
- отримавши інформацію від батьків, родичів, найближчого оточення дитини;
- отримавши інформацію (звернення) безпосередньо від дитини;
- отримавши інформацію від інших органів, установ та закладів.

У Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення йдеться про необхідність виявляти та повідомляти як про випадки жорстокого поводження, так і про **загрозу їх вчинення**.

Загроза (підозра) щодо вчинення жорстокого поводження може виникнути, коли:

- а) виявлено ознаки (індикатори) вчинення стосовно дитини жорстокого поводження, проте достеменно не відомо їх походження (могли виникнути як унаслідок жорстокого поводження, так і через інші особливості життєдіяльності дитини);
- б) в оточенні дитини існує ряд факторів, що збільшують ризик жорстокого поводження з нею.

Навіть, якщо у ФСП/соціального працівника виникають певні перестороги щодо помилкового розуміння ситуації, яка відбувається з дитиною, і факти жорстокого поводження не є підтвердженими або наявними вочевидь, у будь-якому випадку потрібно повідомити про це в орган, відповідальний за захист дітей від жорстокого поводження, – службу у справах дітей, для проведення оцінки ситуації (оцінки рівня безпеки дитини).

За наявності сумнівів слід пам'ятати, що наслідком відсутності реагування може бути подальша експлуатація та/або жорстоке поводження, що призведе до збільшення шкоди фізичному та психічному здоров'ю дитини, її психо-емоційному розвитку, загрози життю та, відповідно, порушення законодавства/прав дитини з боку того, хто не відреагував вчасно.

У разі виявлення факту або загрози (підозри) щодо вчинення жорстокого поводження/насильства необхідно з'ясувати:

- коли стався випадок;
- чи є фізичні пошкодження у дитини, чи потребує вона медичної допомоги;
- чи потребує дитина екстреної психологічної допомоги;

- чи в цей момент дитина перебуває у небезпеці;
- вид насильства (фізичне, сексуальне, психологічне, економічне (недбале ставлення, експлуатація));
- хто підозрюється у скоєнні насильства або був присутній під час інциденту.

А також такі біографічні дані: прізвище, ім'я, адреса і дата народження дитини; дані про сім'ю дитини та її оточення (знайомих і людей, які контактують з цією дитиною, виконуючи свої обов'язки).

Якщо про вчинення насильства ФСП/соціального працівника **повідомила сама дитина**, то необхідно врахувати вік та рівень розвитку дитини, заспокоїти її, продемонструвати свою довіру до неї та запевнити, що вона вчинила правильно, розповівши свою історію, **гарантувати їй безпеку та, за можливості, конфіденційність**. При цьому важливо пояснити дитині доцільність залучення інших фахівців (медиків, психологів, соціальних працівників) для її захисту та надання їй всебічної допомоги.

Насамперед, під час розгляду повідомлень про сім'ї, в яких було скоєне жорстоке поведіння з дітьми або існує загроза його вчинення, проводиться **оцінка рівня безпеки дитини** згідно з додатком 10 Порядку провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 вересня 2008 р. № 866. Додаток 10 містить акт проведення оцінки рівня безпеки дитини, що складається з шести розділів: I. Особисті дані про дитину; II. Дані про батьків або осіб, які їх замінюють; III. Стан дитини на момент відвідування; IV. Факти, що свідчать про нездатність батьків гарантувати безпеку дитині (дітям); V. Інші факти, що свідчать про небезпеку для дитини; VI. Результати проведення оцінки рівня безпеки дитини. На підставі заповнення акта та аналізу отриманих результатів приймається рішення щодо вжиття подальших заходів у конкретній ситуації.

Виявивши факт або загрозу жорстокого поведіння, ФСП/соціальний працівник має задокументувати отриману інформацію: надати опис випадку (яким є його бачення станом на цей момент), визначити перебіг і послідовність подій; за можливості, вказати присутніх під час інциденту та/або осіб, які підозрюються у його вчиненні. Якщо інформація надається зі слів дитини, потрібно зазначати саме те, що було сказано/побачено/почуто дитиною.

Форма Повідомлення про дитину, яка постраждала від жорстокого поведіння або стосовно якої існує загроза його вчинення, міститься у Додатку 1 Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поведіння з дітьми або загрози його вчинення (пункт 1 розділу II).

Задokumentована інформація має бути терміново подана до місцевого підрозділу служби у справах дітей та поліції для оцінки ситуації, що склалася, та вжиття відповідних заходів із залученням всіх доречних суб'єктів надання послуг.

Після виявлення випадку, для його розгляду мають бути заплановані такі кроки:

- збір інформації про обставини жорстокого поводження з дитиною або загрозу (підозру) його вчинення (як це відбулося, які наслідки для дитини, чи трапилося це вперше, чи такі випадки вже були раніше);
- опитування дитини з метою з'ясування ситуації та обставин жорстокого поводження, а також проведення психодіагностики її стану;
- опитування батьків або інших осіб, які їх замінюють (у тому числі вихователів, якщо дитина перебуває у закладі);
- обстеження умов проживання дитини і сім'ї (спільно з представниками ССД, ЦСССДМ та поліції), якщо жорстоке поводження здійснюється у сім'ї;
- збір інформації про випадки жорстокого поводження з дитиною в минулому (це допоможе більш якісно оцінити потреби дитини, визначити майбутні ризики, внести відповідні зміни до індивідуального плану);
- оцінка ризику жорстокого поводження з дитиною в майбутньому (виявлення факторів (причини, умов), які підвищують ризик жорстокого поводження з дитиною у конкретній ситуації, а також розроблення стратегії нейтралізації цих факторів);
- складання індивідуального плану роботи з дитиною та її батьками або особами, які їх замінюють;
- визначення реабілітаційних заходів, які повинні бути внесені у план.

На певних етапах цього алгоритму службою у справах дітей буде залучатися і ФСП/соціальний працівник, інші спеціалісти (психолог, соціальний педагог, вчитель, інші).

Які особливості проведення оцінки як випадку, так і потреб дитини?

Оцінка випадку

Як на попередньому етапі (виявлення), так і на етапі оцінки задokumentованого випадку жорстокого поводження або загрози (підозри) його вчинення, усім спеціалістам, причетним до цього процесу, зокрема і ФСП/соціальному працівнику, важливо чітко розуміти особливості ознак (індикаторів) жорстокого поводження, адже найбільш складним питанням методології збору інформації про випадки насильства стосовно дитини є проблема належної оцінки таких актів.

Діти, які постраждали від жорстокості та зневаги, мають низку специфічних фізичних та психічних рис, завдяки яким можна визначити наявність прихо-

ваних форм насильства в сім'ї стосовно дитини. Частина з них є суто психологічними і можуть бути діагностовані лише під час взаємодії дитини з психологом (наприклад, схильність до депресій, високий рівень піддавання стресу, депресивні та/або істеричні симптоми, амбівалентність почуттів тощо).

Існує ціла низка наочних ознак, за якими працівники і без психологічної освіти можуть визначити дитину, яка потерпає від насильства. До проявів, які можуть свідчити про наявність насильства стосовно дитини, належать, наприклад, ті, що представлені в таблиці 8:

Таблиця 8. Прояви, які можуть свідчити про наявність насильства стосовно дитини

Тип насильства	Прояв
Фізичне	<ul style="list-style-type: none"> • зсув суглобів, переломи кісток, гематоми; крововиливи в сітківку ока; • забиті місця на тілі або голові, які мають форму предмета (пряжки ремня, долоні, лозини); рани і синці різні за часом виникнення та/або у різних частинах тіла (наприклад, на спині і грудях одночасно) або незрозумілого походження; • сліди укусів людиною; • незвичні опіки (наприклад, цигаркою або розжареним посудом); • самокаліцтво (заподіяння дитиною травм самій собі)
Сексуальне	<ul style="list-style-type: none"> • висипи, інфекції, що передаються статевим шляхом; • ознаки вагінального чи анального проникнення стороннього тіла; • залучення до секс-бізнесу; • вагітність. <p>Сексуалізована поведінка (поведінка, що виникає внаслідок психологічної травми, завданої через сексуальне насильство над дитиною):</p> <ul style="list-style-type: none"> • знання термінології та жаргону, не властивих дітям; • ігри, що мають сексуальний підтекст, відповідні маніпуляції з іграшками (задирання сунок у ляльок, імітація статевого акту за допомогою ляльок тощо); • сексуальні злочини стосовно ровесників або молодших дітей; • сексуальні домагання до інших дітей або навіть дорослих; • нерозбірлива та/або демонстративна сексуальна поведінка
Економічне	<ul style="list-style-type: none"> • ознаки недоїдання, наднизька вага, яка не відповідає віку дитини; • дитина шукає недоїдки та харчується ними, збирає пляшки тощо; • брудний одяг, який не відповідає віку дитини та погодним умовам; • дитина виглядає неохайною: брудне, скуйовджене волосся, брудна шкіра, поганий запах тощо; • відсутність в дитини речей першої необхідності; • постійне невідвідування шкільних занять без поважних причин, особливо в сезон сільськогосподарських робіт
Психологічне	<p>Увага! Окрім психологічного насильства, індикатори, наведені нижче, можуть свідчити і про інші види насильства</p> <ul style="list-style-type: none"> • уникнення контактів з ровесниками; • демонстрація страху перед появою батьків та/або необхідністю йти додому; • вживання алкоголю або наркотиків; • насильство щодо свійських тварин та, взагалі, слабших істот; • почуття провини за отримання фізичних ушкоджень; • дитина виглядає неохайно: брудне волосся і шкіра, поганий запах тощо; • неадекватна поведінка: надмірна агресія, істеричний сміх, зухвалість, страх тощо

Виявити та зафіксувати всі ознаки насильства стосовно дітей досить важко, тому на допомогу фахівцям було розроблено методику, що дає змогу виявити дитину, яка потерпає від насильства (індикативні таблиці)²⁵.

Ця індикативна методика була створена психологами О. Кочемировською та А. Ходоренком на підставі попереднього вивчення досвіду та потреб фахівців, які стикаються з проблемою насильства стосовно дітей та в сім'ї. У цій методиці виокремлено й описано основні характеристики (психологічні, фізичні та поведінкові) дітей, які потерпають від насильства. Повністю методику наведено у додатку. За потреби, фахівець із соціальної роботи може зробити необхідну кількість копій і зазначати примітки безпосередньо в них. Методика складається з чотирьох таблиць. У першій таблиці виокремлені начотні ознаки насильства над дитиною; в другій – непрямі індикатори жорстокого поводження з дитиною. Третя таблиця містить у собі ознаки насильства, що виявляються фахівцем завдяки опитуванню батьків, родичів, сусідів, інших. У четвертій таблиці представлені ознаки, на які треба звертати першочергову увагу під час повторної зустрічі з дитиною.

Насильство над дитиною слід розглядати у певному контексті: потрібно дослідити всі супровідні обставини, становище дитини та ситуацію в її сім'ї. Треба зважити, чи випадок насильства був поодиноким, чи насильство відбувається в сім'ї регулярно; чи стан занедбання тимчасовий (наприклад, викликаний стресом, який переживають батьки), чи ознаки недбалого батьківства постійні (наприклад, спричинені пияцтвом батьків).

У випадку фізичного та сексуального насильства обов'язковим є проведення судово-медичної експертизи з приводу встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень та з приводу статевих злочинів. Направлення на судово-медичну експертизу видається органом внутрішніх справ. Для достовірності результатів обстеження судово-медична експертиза має бути проведена протягом однієї доби з випадку насильства. Перед проведенням судово-медичної експертизи потрібно простежити, щоб дитина не проводила гігієнічних процедур (приймання душу або ванни, миття волосся, чищення або обрізання нігтів), не перодягалась (оскільки на одязі могли залишитись речові докази біологічного походження – сперма, кров, вирване волосся нападника). Судово-медична експертиза проводиться у супроводі законного представника дитини та, за можливості, психолога.

Опитування дитини, яка зазнала насильства, здійснюється з метою з'ясування обставин інциденту. Опитування про подробиці випадку може проводити лише спеціально підготовлений фахівець, який повинен мати психоло-

²⁵ Детальна інформація наведена в таких джерелах: Кочемировська О. Індикатори прихованих форм сімейного насильства щодо дітей та їх застосування в практиці дільничних інспекторів міліції / Кочемировська О., Ходоренко А. – Х., 2006.

гічну освіту та вміння спілкуватися з дітьми такого віку, які зазнали насильства. Опитування дитини відбувається у присутності законних представників дитини, якщо така присутність не заперечується дитиною і якщо вони не є підозрюваними у вчиненні жорстокого поведіння з дитиною.

Важливим є недопущення подальшої травматизації дитини під час опитування її щодо ситуації насильства, яку вона пережила: кількість запитань варто скоротити до мінімуму, опитування має проводити один і той самий фахівець, бажано – у спеціально обладнаній для цього кімнаті (вона може мати назву «дружня кімната» або «зелена кімната»).

Під час опитування варто дотримуватися низки правил та зважати на індивідуальні й вікові особливості дитини, про що детальніше зазначено у додатку 3.

Оцінка потреб дитини та її сім'ї

Після того, як випадок жорстокого поведіння з дітьми підтверджено, служба у справах дітей координує дії всіх суб'єктів, залучених до процесу надання допомоги дитині.

На наступному етапі важливо визначити, які особливості, спричинені ситуацією насильства, проблеми та потреби має дитина і наскільки її сім'я та найближче оточення готове наразі їх забезпечити.

Для проведення оцінки потреб дитини та її сім'ї служба у справах дітей залучає центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Як здійснюється планування роботи?

Розгляд та планування роботи щодо випадків жорстокого поведіння з дітьми різняться за ступенем участі та втручання різних фахівців, проте у будь-якому разі з випадком працює міждисциплінарна команда.

Деякі справи передбачають залучення поліцейських відповідного підрозділу (якщо було скоєно злочин), в інших випадках – достатньо участі ФСР/соціальних працівників ЦСССДМ та спеціалістів ССД. За необхідності, до команди можуть залучатися медики та освітяни для розроблення плану надання допомоги дитині тощо.

Особливістю планування та ведення випадку в ситуації жорстокого поведіння з дітьми є обов'язкова участь у команді **психолога**, що буде поряд із спеціалістом, який є відповідальним за ведення цього випадку, від початку випадку і до його закриття. Психолог мінімізує наслідки страху, стресу, заспокоює дитину, допомагає з'ясувати реальний стан справ, супроводжує дитину у процесі її опитування тощо, надалі здійснює заходи із реабілітації дитини.

Можна виокремити **три основних завдання**, вирішення яких має бути передбачено планом: 1) гарантування безпеки дитини, у тому числі – формування мережі значущих дорослих, які зможуть її захистити; 2) забезпечення

емоційної підтримки дитини та її психологічної реабілітації (послуги психолога, який готовий працювати з такою категорією дітей); 3) забезпечення соціальної підтримки дитини та її сім'ї – надання необхідних соціальних послуг для подолання сім'єю ситуації насильства.

Детальніше зупинимось на питаннях **гарантування безпеки дитини**.

У деяких випадках, коли є загроза життю та здоров'ю дитини, для гарантування безпеки потрібно екстрено вилучати дитину з сім'ї, в якій чиниться насильство (через отримання відповідного рішення органів опіки та піклування, яке, за поданням ССД, може бути винесене протягом доби), і надалі, після аналізу всіх обставин та проведення ретельної оцінки, за потреби, ініціювати позбавлення батьків батьківських прав рішенням суду, яке має бути обґрунтованим та використовуватись як винятковий захід втручання (таких випадків зазвичай небагато). Здебільшого ситуацію можна і треба розв'язувати, не розділяючи сім'ю. Адже слід зважати, що після адекватного втручання, надання послуг та вжиття заходів, у майбутньому батько/мати/батьки, які вчиняли насильство над дитиною, можуть набути достатньої батьківської компетентності для того, щоб використовувати гармонійні, не травмуючі для дитини методи виховного впливу; саме на такий результат має працювати міждисциплінарна команда.

Окрім того, необхідно, щоб до такого планування була залучена значуща для дитини доросла людини, яка не є джерелом агресії, – із сім'ї дитини або її найближчого оточення.

Посилити фактори безпеки можливо також шляхом визначення дорослих осіб, а іноді і дітей старшого віку в сім'ї, які можуть допомогти молодшим гарантувати безпеку, надати притулок або фізичний і психологічний комфорт. Навіть маленькі діти можуть подумати разом із фахівцем, як гарантувати свою безпеку в ситуаціях ризику і що можуть зробити особисто вони для цього, якщо наразі змоги вилучити дитину із сім'ї немає.

! У будь-яких справах про насильство метою ФСР/соціального працівника повинно бути співпраця з тим із батьків (або значущих дорослих), хто не чинив насильства над дитиною, щоб у майбутньому він/вона стали на сторону дитини та підтримали її.

У випадку сексуального насильства необхідно екстрено запланувати проведення діагностики на інфекції, що передаються статевим шляхом. За наявності ризику інфікування ВІЛ, слід звернутися до Центру профілактики та боротьби зі СНІДом для призначення дитині пост-контактної профілактики. Пост-контактну профілактику треба розпочати протягом перших 24 годин після ризикованого випадку, у крайньому разі – не пізніше 72 годин.

Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?

Характер послуг/дій/ заходів	Зміст
Юридичний	Допомога у захисті прав та інтересів дитини, яка постраждала від насильства, представлення інтересів дитини у суді, сприяння застосуванню державного примусу і забезпеченню юридичної відповідальності осіб, які вчинили насильство над дитиною, допомога в оформленні документів на отримання соціальної допомоги, пенсії, встановлення опіки, юридичне консультування щодо захисту майнових прав, відновлення втрачених документів тощо
Психологічний	Консультування, корекція та реабілітація дитини, мінімізація негативних наслідків жорстокого поводження, робота, що спрямована на покращення стосунків із навколишнім соціальним середовищем
Соціально-медичний	Організація медичного огляду дитини, сприяння, за потреби, у госпіталізації, супровід дитини для проведення судово-медичної експертизи, влаштування до медичного закладу
Соціально-економічний	Надання, за необхідності, натуральної чи грошової допомоги, наприклад на придбання ліків, вітамінів, продуктів харчування
Соціально-педагогічний	Соціально-педагогічна робота з членами сім'ї і дитиною щодо налагодження стосунків, навчання вирішення конфліктних ситуацій без застосування насильства, виховання дитини та розуміння – що є методами жорстокого поводження з дитиною; влаштування дитини до притулку

Окрім того, до плану надання допомоги дитині та її сім'ї для подолання ситуації, що склалася, можуть бути внесені нижченаведені послуги та заходи.

1. Психологічна допомога, реабілітація і терапія, що є надважливим компонентом у наданні послуг.

Найбільшу ефективність у роботі з такою категорією дітей (особливо віком до 10 років) мають ігрова терапія та пісочна терапія. В основі **ігрової терапії** лежить так звана вільна гра, яка допускає велику гнучкість і свободу дій дитини. Саме в грі дитина може продемонструвати за допомогою конкретних предметів, які мають символічне значення, те, що вона коли-небудь прямим або непрямим чином відчувала. Маніпулюючи ігровими предметами, дитина може більш адекватно показати, ніж виразити словами, як вона ставиться до себе, до значущих дорослих, до різних подій свого життя. Іншим ефективним методом, доцільним у роботі з дітьми, котрі пережили насильство, є **пісочна терапія**. Для проведення пісочної терапії, зазвичай, використовують два дерев'яні підноси, наповнені піском (один для мокрого піску, інший для сухого), і колекцію фігурок, в яку повинні входити люди і казкові персонажі, тварини, будинки, рослини, транспортні засоби, каміння і черепашки, шишки, пера, мішура, свічки, кубики, дзеркала та інші «проективні предмети», значення яким будь-яка людина може надати довільно. Дитина вибирає якусь кількість фігурок і розміщує їх на таці з піском так, як вважає за потрібне. Коли робота закінчена, психолог може попросити дитину розказати історію, пов'язану зі створеною композицією. Під час кожної зустрічі психолог повинен фіксува-

ти вибрані дитиною предмети, відмічати їх розташування на таці, записувати історію, яку дитина розповідає про побудовану картину, замальовувати і/або фотографувати тацю для подальшого аналізу та порівняння з минулими і подальшими тацями. Першу зі зроблених дитиною таць прийнято вважати ескізом для всієї подальшої серії таць: деякі важливі елементи виникатимуть і розвиватимуться у подальшій роботі. Таким елементом (або цілим мотивам) приділяється особлива увага в процесі інтерпретації.

Використання ігрової терапії та терапії піском можливо лише психологом, який пройшов відповідне навчання, проте ФСР/соціальному працівнику важливо бути обізнаним у цих аспектах для пошуку якнайкращих ресурсів та шляхів організації допомоги дитині.

2. Програми підвищення батьківського потенціалу. Ці програми дають батькам змогу підвищити рівень своєї обізнаності щодо гармонійних та ефективних методів виховання дитини, усвідомити необхідність і можливість виховання без насильства. Проводяться такі програми у різних формах (тренінг, лекторій, батьківський клуб тощо) та реалізуються як ЦСССДМ, так і громадськими організаціями.

З досвіду роботи

Програма «Замість ляпасів: як з повагою та любов'ю визначати кордони дитині» розроблена на основі польського досвіду та реалізується Українським фондом «Благополуччя дітей». Метою програми є захист дітей від народження до 3 років від жорстокого поводження шляхом популяризації відповідального батьківства та ненасильницьких методів виховання. Програма звертає увагу на те, що виховання дитини є вкрай відповідальним обов'язком батьків, з яким іноді важко впоратись. Зазвичай, засоби масової інформації, показуючи маленьких дітей та їх сім'ї, представляють образи щасливих, усміхнених дітей та дорослих, тож батьки, які мають проблеми з вихованням, часто соромляться говорити про це, вважаючи таку ситуацію особистою невдачею. У межах програми, під час занять, батьки можуть ставити запитання та отримувати на них вичерпні відповіді й рекомендації досвічених ведучих.

У Польщі на участь до програми скеровують батьків, які або перебувають у складних життєвих обставинах, або ж були помічені соціальними службами чи освітянами у використанні неналежних методів виховання дитини, або навіть стосовно яких є ризик позбавлення батьківських прав. Тобто, програма використовується як у межах превенції жорстокого поводження, так і у роботі з батьками-кривдниками.

3. Корекційні програми для кривдників. Відповідно до Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» та наказу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства внутрішніх справ України від 07.09.2009 р. № 3131/386 «Про затвердження Інструкції щодо порядку взаємодії управлінь/відділів у справах сім'ї, молоді та спорту, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та відповідних підрозділів органів внутрішніх справ з питань здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї», особа, яка вчинила насильство в сім'ї, після отримання нею офіційного попередження про неприпустимість учинення насильства в сім'ї, проходить корекційну програму.

Нині кривдників на участь у таких програмах скеровує поліція. Реалізуються програми на базі кризових центрів (на підставі організаційного забезпечення управліннями (відділами) у справах сім'ї, молоді та спорту з урахуванням ресурсів та можливостей місцевої громади) і громадських організацій.

Зазвичай, такі програми побудовані на основі використання широкого спектру різних форм, методів і технік активного навчання дорослих з метою якісного засвоєння ними відповідної інформації та відпрацювання необхідних навичок, невідкладного використання на практиці здобутих знань і вмінь; формування готовності осіб, які вчинили насильство в сім'ї, отримувати допомогу та підтримку у вирішенні сімейних проблем та вихованні своїх дітей, бажання докладати власних зусиль, високої емоційної залученості у процес навчання, самодисципліни і самосвідомості.

Якими є основні ризики (труднощі, застереження) та рекомендації щодо роботи з сім'ями, особами, які мають таку ознаку вразливості?

1. ФСП/соціальним працівникам, які у своїй роботі мають справу з насильством, жорстоким поводженням з дітьми, важливо регулярно збиратися і обмінюватись досвідом, своїми переживаннями, обговорювати перемоги та невдачі, складні ситуації та шляхи їх подолання. Робота з жертвами насильства, а особливо з дітьми, часто викликає почуття власної вразливості. Спеціалісти, які емоційно залучаються в усі ситуації, з якими працюють, неминуче переживатимуть вигорання, якщо не навчаться розмежовувати професійне й особисте та не заручаться підтримкою і супервізією з боку своїх колег, а також кваліфікованих психологів.

2. У жодному випадку ФСП/соціальний працівник не має обирати чийсь сторону із членів родини, він має захищати права дитини та діяти у найкращих її інтересах, залишаючись при цьому максимально об'єктивним. Буває так, що батьки, які прагнуть «поділити» дитину, попри все отримати перемогу в своїй боротьбі як один з одним, так і за право проживання дитини саме з ними тощо, намагаються маніпулювати і спеціалістами, залученими до ведення справи, схилити їх на свій бік, заручитися підтримкою. Якщо ФСП/соціальний працівник обиратиме чийсь сторону, він перестане бути об'єктивним, чим може порушити права дитини.

3. Варто висловлюватися максимально нейтрально про батьків дитини у її присутності. Необхідно пам'ятати: навіть якщо батьки вчиняли насильство стосовно неї, дитина любить їх. ФСП/соціальний працівник не повинен налаштовувати дитину проти її батьків.

4. У своїй діяльності **ФСП/соціальний працівник має керуватися принципом «Не нашкодь!»**. Опитуючи дитину чи її батьків або іншими шляхами збираючи інформацію про випадок, слід пам'ятати, що необмірковані дії чи висловлені судження або ж необґрунтоване розкриття ситуації (наприклад, перед сусідами чи родичами родини) може нашкодити дитині та її сім'ї.

5. ФСП/соціальному працівнику важливо враховувати, що **робота з попередження та подолання насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми може бути небезпечною**. Незважаючи на те, що більшість агресорів зосереджуються виключно на своїх партнерах, дітях, інших членах родини, трапляються випадки, коли їх лють спрямована на тих, у кому вони вбачають потенційну загрозу свого впливу в сім'ї. Важливо оцінити ступінь ризику, якому піддається спеціаліст, і вжити належних заходів щодо гарантування особистої безпеки. Наприклад, у жодному випадку не варто відвідувати родину самостійно.

6. Якщо виявлено сексуальне насильство стосовно дитини, **ФСП/соціальному працівнику варто розуміти, що дитині доведеться пройти тяжкий та непростий шлях від виявлення насильства до покарання кривдника та реабілітації (як дитини, так і її сім'ї)**. На цьому шляху дитині найбільше потрібні віра в неї та в те, що вона говорить правду, підтримка та супровід під час всього процесу. Найдієвішу підтримку надасть фаховий психолог, якщо такий є, та психологічно готові до цього значущі дорослі. Вкрай важливо розуміти – не можна розпитувати дитину про подробиці, розповідати про деталі інциденту вона має під час спеціально організованого процесу опитування спеціально уповноваженій особі, яка може ставити такі запитання (слідчий або психолог).

Список використаних джерел

1. Будзинська А. Як опитувати дитину: poradnik для фахівців, які беруть участь в опитуванні малолітніх свідків та потерпілих / Будзинська Аліція. – Варшава: Фундація «Нічийні діти», 2007. – 64 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://childfund.org.ua/Uploads/Files/docs/pOLand_book_correct%2B%2B.pdf.
2. Журавель Т. В. Соціально-педагогічна робота з профілактики насильства щодо дітей / Т. В. Журавель // Соціальна педагогіка: навч. посібник / за заг. ред. О. В. Безпалько; авт. кол. О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Т. Г. Веретенко та ін. – К.: Академвидав, 2013. – С. 197–209.
3. Защита детей от жестокого обращения / под ред. Е. Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2007. – 256 с.
4. Організація роботи підрозділів ОВС, що здійснюють профілактичну роботу серед дітей, у сфері протидії жорстокому поведінню з дітьми та насильству в сім'ї: методичний посібник / авт. кол.: Гришко А. А., Журавель Т. В., Кочемировська О. О., Лазаренко О. О., Сергеева К. В.; за ред. Т. В. Журавель, О. О. Кочемировської. – К.: Обнова, 2013.
5. Помощь детям – жертвам насилия / Журавлева Т. М., Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И. – М.: Генезис, 2006. – 112 с.
6. Райкус Дж. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: практич. пособ.: в 4 т. Т. II. Планирование и семейно-ориентированная социальная работа / Райкус Дж., Хьюз Р. – СПб.: Питер, 2009. – 256 с.
7. Сексуальне насильство над дітьми: причини, наслідки, профілактика: інформ.-метод. посібник / автори-упоряд.: Цюман Т. П., Малієнко Ю. М.; за заг. ред. Цюман Т. П. – К.: ФОП Пономаренко Я. М. – 2011. – 76 с.

Список рекомендованих джерел

1. Про попередження насильства в сім'ї: Закон України від 15.11.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/rada/show/2789-14> – Загол. з екрана. – Мова укр.
2. Бондаровська В. М. Школа для батьків / Бондаровська В. М. – К.: Батискаф, 2003. – 320 с.
3. Дубровська Є. В. Психологічна реабілітація дітей, які зазнали сексуального насильства: посіб. до навч. відео-курсу / Дубровська Є. В. – К.: ВГО «Жіночий консорціум України», 2005. – 44 с.
4. Зиновьева Н. О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации / Н. О. Зиновьева, Н. Ф. Михайлова. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
5. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика): підручник / М. П. Лукашевич, Т. В. Семігіна. – К.: Каравела, 2011. – 368 с.
6. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні / за ред. І. М. Григи, Т. В. Семігіної. – К., 2003.

Витяги з окремих нормативно-правових документів, які стосуються питань попередження насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми

Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-IV

Стаття 289. Право на особисту недоторканність	<ol style="list-style-type: none">1. Фізична особа має право на особисту недоторканність.2. Фізична особа не може бути піддана катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує її гідність, поводженню чи покаранню.3. Фізичне покарання батьками (усиновлювачами), опікунами, піклувальниками, вихователями малолітніх, неповнолітніх дітей та підопічних не допускається. У разі жорстокої, аморальної поведінки фізичної особи щодо іншої особи, яка є в безпорадному стані, застосовуються заходи, встановлені цим Кодексом та іншим законом.4. Фізична особа має право розпорядитися щодо передачі після її смерті органів та інших анатомічних матеріалів її тіла науковим, медичним або навчальним закладам.
Стаття 291. Право на сім'ю	<ol style="list-style-type: none">1. Фізична особа незалежно від віку та стану здоров'я має право на сім'ю.2. Фізична особа не може бути проти її волі розлучена з сім'єю, крім випадків, встановлених законом.3. Фізична особа має право на підтримання зв'язків з членами своєї сім'ї і родичами незалежно від того, де вона перебуває.4. Ніхто не має права втручатися у сімейне життя фізичної особи, крім випадків, передбачених Конституцією України.
Стаття 292. Право на опіку або піклування	<ol style="list-style-type: none">1. Малолітня, неповнолітня особа, а також фізична особа, яка визнана недієздатною або цивільна дієздатність якої обмежена, має право на опіку або піклування.
Стаття 293. Право на безпечне для життя і здоров'я довкілля	<ol style="list-style-type: none">1. Фізична особа має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля, право на достовірну інформацію про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її збирання та поширення.2. Діяльність фізичної та юридичної особи, що призводить до нищення, псування, забруднення довкілля, є незаконною. Кожен має право вимагати припинення такої діяльності. Діяльність фізичної та юридичної особи, яка завдає шкоди довкіллю, може бути припинена за рішенням суду.3. Фізична особа має право на безпечні для неї продукти споживання (харчові продукти та предмети побуту).4. Фізична особа має право на належні, безпечні і здорові умови праці, проживання, навчання тощо.

Кодекс України про адміністративні правопорушення

від 7 грудня 1984 р. № 8073-Х

№ статті КУпАП	Зміст статті КУпАП	Види покарань, передбачених санкцією статті КУпАП
Ст. 51	<p>Дрібне викрадення чужого майна Дрібне викрадення чужого майна шляхом крадіжки, шахрайства, привласнення чи розтрати. Викрадення чужого майна вважається дрібним, якщо вартість такого майна на момент вчинення правопорушення не перевищує трьох неоподаткованих мінімумів доходів громадян</p>	тягне за собою накладення штрафу від трьох до п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправні роботи на строк від одного до двох місяців з відрахуванням двадцяти процентів заробітку, або адміністративний арешт на строк до п'ятнадцяти діб
Ст. 173-2, ч. 1	<p>Вчинення насильства в сім'ї, невиконання захисного припису або непроходження корекційної програми 1. Вчинення насильства в сім'ї, тобто умисне вчинення будь-яких дій фізичного, психологічного чи економічного характеру (застосування фізичного насильства, що не завдало фізичного болю і не спричинило тілесних ушкоджень, погрози, образи чи переслідування, позбавлення житла, їжі, одягу, іншого майна або коштів, на які потерпілий має передбачене законом право, тощо), внаслідок чого могла бути чи була завдана шкода фізичному або психічному здоров'ю потерпілого, а так само невиконання захисного припису особою, стосовно якої він винесений, непроходження корекційної програми особою, яка вчинила насильство в сім'ї</p>	тягнуть за собою громадські роботи на строк від тридцяти до сорока годин або адміністративний арешт на строк до семи діб
Ст. 173-2, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за одне з порушень, передбачених частиною першою статті 173-2 КУпАП	тягнуть за собою громадські роботи на строк від сорока до шістдесяти годин або адміністративний арешт на строк до п'ятнадцяти діб
Ст. 173	<p>Дрібне хуліганство Дрібне хуліганство, тобто нецензурна лайка в громадських місцях, образливе чіпляння до громадян та інші подібні дії, що порушують громадський порядок і спокій громадян</p>	тягне за собою накладення штрафу від трьох до семи неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправні роботи на строк від одного до двох місяців з відрахуванням двадцяти процентів заробітку, а в разі, якщо за обставинами справи, з урахуванням особи порушника, застосування цих заходів буде визнано недостатнім, – адміністративний арешт на строк до п'ятнадцяти діб
Ст. 180	<p>Доведення неповнолітнього до стану сп'яніння Доведення неповнолітнього до стану сп'яніння батьками неповнолітнього, особами, які їх замінюють, або іншими особами</p>	тягне за собою накладення штрафу від шести до восьми неоподатковуваних мінімумів доходів громадян

№ статті КУпАП	Зміст статті КУпАП	Види покарань, передбачених санкцією статті КУпАП
Ст. 182, ч. 1	<p>Порушення вимог законодавчих та інших нормативно-правових актів щодо захисту населення від шкідливого впливу шуму чи правил дотримання тиші в населених пунктах і громадських місцях</p> <p>Порушення вимог законодавчих та інших нормативно-правових актів щодо захисту населення від шкідливого впливу шуму чи правил дотримання тиші в населених пунктах і громадських місцях</p>	тягне за собою попередження або накладення штрафу на громадян від п'яти до п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і накладення штрафу на посадових осіб та громадян – суб'єктів господарської діяльності – від п'ятнадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян
Ст. 184, ч. 1	<p>Невиконання батьками або особами, що їх замінюють, обов'язків щодо виховання дітей</p> <p>Ухилення батьків або осіб, які їх замінюють, від виконання передбачених законодавством обов'язків щодо забезпечення необхідних умов життя, навчання та виховання неповнолітніх дітей</p>	тягне за собою попередження або накладення штрафу від одного до трьох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян
Ст. 184 ч. 1	Ті самі дії, вчинені повторно протягом року після накладення адміністративного стягнення	тягнуть за собою накладення штрафу від двох до чотирьох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян

Кримінальний КОДЕКС УКРАЇНИ

від 5 квітня 2001 р. № 2341-III

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Злочини, які можуть бути вчинені внаслідок насильства в сім'ї та/ або пов'язані із жорстоким поводженням з дітьми		
Ст. 115, ч. 1	Умисне вбивство 1. Вбивство, тобто умисне протиправне заподіяння смерті іншій людині	карається позбавленням волі на строк від семи до п'ятнадцяти років
Ст. 115, ч. 2	2. Умисне вбивство: 1) двох або більше осіб; 2) малолітньої дитини або жінки, яка завідомо для винного перебувала у стані вагітності; 3) заручника або викраденої людини; 4) вчинене з особливою жорстокістю; 5) вчинене способом, небезпечним для життя багатьох осіб; 6) з корисливих мотивів; 7) з хуліганських мотивів; 8) особи чи її близького родича у зв'язку з виконанням цією особою службового або громадського обов'язку; 9) з метою приховати інший злочин або полегшити його вчинення; 10) поєднане із зґвалтуванням або насильницьким задоволенням статевої пристрасті неприродним способом; 11) вчинене на замовлення; 12) вчинене за попередньою змовою групою осіб; 13) вчинене особою, яка раніше вчинила умисне вбивство, за винятком вбивства, передбаченого статтями 116-118 цього Кодексу	карається позбавленням волі на строк від десяти до п'ятнадцяти років або довічним позбавленням волі, з конфіскацією майна у випадку, передбаченому пунктом 6 частини другої цієї статті
Ст. 116	Умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання Умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання, що раптово виникло внаслідок протизаконного насильства, систематичного знущання або тяжкої образи з боку потерпілого	карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 117	Умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини Умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини під час пологів або відразу після пологів	карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 119 ч. 1	Вбивство через необережність 1. Вбивство, вчинене через необережність	карається обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 119 ч. 2	2. Вбивство двох або більше осіб, вчинене через необережність	карається позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 120, ч. 1	Доведення до самогубства 1. Доведення особи до самогубства або до замаху на самогубство, що є наслідком жорстокого з нею поводження, шантажу, примусу до протиправних дій або систематичного приниження її людської гідності	карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 120, ч. 2	2. Те саме діяння, вчинене щодо особи, яка перебувала в матеріальній або іншій залежності від винуватого, або щодо двох або більше осіб	карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 121, ч. 1	Умисне тяжке тілесне uszkodження 1. Умисне тяжке тілесне uszkodження, тобто умисне тілесне uszkodження, небезпечне для життя в момент заподіяння, чи таке, що спричинило втрату будь-якого органу або його функцій, психічну хворобу або інший розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втраченою працездатності не менше ніж на одну третину, або переривання вагітності чи непоправне знівечення обличчя	карається позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років
Ст. 121, ч. 2	2. Умисне тяжке тілесне uszkodження, вчинене способом, що має характер особливого мучення, або вчинене групою осіб, а також з метою залякування потерпілого або інших осіб, або вчинене на замовлення, або спричинило смерть потерпілого	карається позбавленням волі на строк від семи до десяти років
Ст. 122, ч. 1	Умисне середньої тяжкості тілесне uszkodження 1. Умисне середньої тяжкості тілесне uszkodження, тобто умисне uszkodження, яке не є небезпечним для життя і не потягло за собою наслідків, передбачених у статті 121 цього Кодексу, але таке, що спричинило тривалий розлад здоров'я або значну стійку втрату працездатності менш як на одну третину	карається виправними роботами на строк до двох років або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років
Ст. 122, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені з метою залякування потерпілого або його родичів чи примусу до певних дій	караються позбавленням волі від трьох до п'яти років
Ст. 123	Умисне тяжке тілесне uszkodження, заподіяне у стані сильного душевного хвилювання Умисне тяжке тілесне uszkodження, заподіяне у стані сильного душевного хвилювання, що раптово виникло внаслідок протизаконного насильства або тяжкої образи з боку потерпілого	карається громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до двох років
Ст. 125, ч. 1	Умисне легке тілесне uszkodження 1. Умисне легке тілесне uszkodження	карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до одного року

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 125, ч. 2	2. Умисне легке тілесне ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я або незначну втрату працездатності	карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до одного року, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років
Ст. 126, ч. 1	Побої і мордування 1. Умисне завдання удару, побоїв або вчинення інших насильницьких дій, які завдали фізичного болю і не спричинили тілесних ушкоджень	карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот годин або виправними роботами на строк до одного року
Ст. 126, ч. 2	2. Ті самі діяння, що мають характер мордування, вчинені групою осіб, або з метою залякування потерпілого чи його близьких	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 127, ч. 1	Катування 1. Катування, тобто умисне заподіяння сильного фізичного болю або фізичного чи морального страждання шляхом нанесення побоїв, мучення або інших насильницьких дій з метою примусити потерпілого чи іншу особу вчинити дії, що суперечать їх волі, у тому числі отримати від нього або іншої особи відомості чи визнання, або з метою покарати його чи іншу особу за дії, скоєні ним або іншою особою чи у скоєнні яких він або інша особа підозрюється, а також з метою залякування чи дискримінації його або інших осіб	карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років
Ст. 127, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або службовою особою з використанням свого службового становища	караються позбавленням волі на строк від трьох до семи років
Ст. 128	Необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження Необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження	карається громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років
Ст. 129, ч. 1	Погроза вбивством 1. Погроза вбивством, якщо були реальні підстави побоюватися здійснення цієї погрози	карається арештом на строк до шести місяців або обмеженням волі на строк до двох років
Ст. 129, ч. 2	2. Те саме діяння, вчинене членом організованої групи	карається позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 133, ч. 1	Зараження венеричною хворобою 1. Зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби	карається виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 133, ч. 2	2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, раніше судимою за зараження іншої особи венеричною хворобою, а також зараження двох чи більше осіб або неповнолітнього	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років
Ст. 135, ч. 1	Залишення в небезпеці 1. Завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан	карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 136, ч. 1	Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані 1. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження	караються штрафом від двохсот до п'ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин, або арештом на строк до шести місяців
Ст. 136, ч. 2	2. Ненадання допомоги малолітньому, який завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан дитини належним установам чи особам	караються штрафом від п'ятисот до тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років
Ст. 146, ч. 1	Незаконне позбавлення волі або викрадення людини 1. Незаконне позбавлення волі або викрадення людини	караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 146, ч. 2	2. Ті самі діяння, вчинені щодо малолітнього або з корисливих мотивів, щодо двох чи більше осіб або за попередньою змовою групою осіб, або способом, небезпечним для життя чи здоров'я потерпілого, або таке, що супроводжувалося заподіянням йому фізичних страждань, або із застосуванням зброї, або здійснюване протягом тривалого часу	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 149, ч. 1	Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини 1. Торговля людьми або здійснення іншої незаконної угоди, об'єктом якої є людина, а так само вербування, переміщення, переховування, передача або одержання людини, вчинені з метою експлуатації, з використанням обману, шантажу чи уразливого стану особи	караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років
Ст. 149, ч. 2	2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або щодо кількох осіб, або повторно, або за попередньою змовою групою осіб, або службовою особою з використанням службового становища, або особою, від якої потерпілий був у матеріальній чи іншій залежності, або поєднані з насильством, яке не є небезпечним для життя чи здоров'я потерпілого чи його близьких, або з погрозою застосування такого насильства	караються позбавленням волі на строк від п'яти до дванадцяти років з конфіскацією майна або без такої
Ст. 150 ч. 1	Експлуатація дітей 1. Експлуатація дитини, яка не досягла віку, з якого законодавством дозволяється працевлаштування, шляхом використання її праці	карається арештом на строк до шести місяців або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років
Ст. 150 ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені щодо кількох дітей або якщо вони спричинили істотну шкоду для здоров'я, фізичного розвитку або освітнього рівня дитини, або поєднані з використанням дитячої праці в шкідливому виробництві	караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років
Ст. 150 ч. 3	3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені організованою групою	караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років
Ст. 150-1, ч. 1	Використання малолітньої дитини для заняття жебрацтвом 1. Використання батьками або особами, які їх замінюють, малолітньої дитини для заняття жебрацтвом (систематичного випрошування грошей, речей, інших матеріальних цінностей у сторонніх осіб) з метою отримання прибутку	карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 150-1, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені щодо чужої малолітньої дитини або пов'язані із застосуванням насильства чи погрозою його застосування, а так само вчинені повторно або особою, яка раніше скоїла один із злочинів, передбачених статтями 150, 303, 304 цього Кодексу, або за попередньою змовою групою осіб	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк від трьох до восьми років
Ст. 150-1, ч. 3	3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені організованою групою, а також якщо внаслідок таких дій дитині спричинені середньої тяжкості чи тяжкі тілесні ушкодження	караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років
Ст. 152, ч. 1	Зґвалтування 1. Зґвалтування, тобто статеві зносини із застосуванням фізичного насильства, погрози його застосування або з використанням безпорадного стану потерпілої особи	карається позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років
Ст. 152, ч. 2	2. Зґвалтування, вчинене повторно або особою, яка раніше вчинила будь-який із злочинів, передбачених статтями 153-155 цього Кодексу	карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років
Ст. 152, ч. 3	3. Зґвалтування, вчинене групою осіб, або зґвалтування неповнолітньої чи неповнолітнього	карається позбавленням волі на строк від семи до двадцяти років
Ст. 152, ч. 4	4. Зґвалтування, що спричинило особливо тяжкі наслідки, а також зґвалтування малолітньої чи малолітнього	карається позбавленням волі на строк від восьми до п'ятнадцяти років
Ст. 153, ч. 1	Насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом 1. Задоволення статевої пристрасті неприродним способом із застосуванням фізичного насильства, погрози його застосування або з використанням безпорадного стану потерпілої особи	карається позбавленням волі на строк до п'яти років
Ст. 153, ч. 2	2. Те саме діяння, вчинене повторно або групою осіб, або особою, яка раніше вчинила будь-який із злочинів, передбачених статтями 152 або 154 цього Кодексу, а також вчинене щодо неповнолітньої чи неповнолітнього	карається позбавленням волі на строк від трьох до семи років
Ст. 153, ч. 3	3. Те саме діяння, вчинене щодо малолітньої чи малолітнього, або якщо воно спричинило особливо тяжкі наслідки	карається позбавленням волі на строк від восьми до двадцяти років
Ст. 155, ч. 1	Статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості 1. Статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 155, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені батьком, матір'ю, вітчимою, мачухою, опікуном чи піклувальником, особою, на яку покладено обов'язки щодо виховання потерпілого або піклування про нього, або якщо вони спричинили безплідність чи інші тяжкі наслідки	караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 156, ч. 1	Розбещення неповнолітніх 1. Вчинення розпусних дій щодо особи, яка не досягла шістнадцятирічного віку	караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 156, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені щодо малолітньої особи або батьком, матір'ю, вітчимою, мачухою, опікуном чи піклувальником, особою, на яку покладено обов'язки щодо виховання потерпілого або піклування про нього	караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого
Ст. 164, ч. 1	Ухилення від сплати аліментів на утримання дітей 1. Злісне ухилення від сплати встановлених рішенням суду коштів на утримання дітей (аліментів), а також злісне ухилення батьків від утримання неповнолітніх або непрацездатних дітей, що перебувають на їх утриманні	карається штрафом від ста до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від вісімдесяти до ста двадцяти годин або виправними роботами на строк до одного року, або обмеженням волі на строк до двох років
Ст. 164, ч. 2	2. Те саме діяння, вчинене особою, раніше судимою за злочин, передбачений цією статтею	карається громадськими роботами на строк від ста двадцяти до двохсот сорока годин або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк від двох до трьох років
	Примітка Під злісним ухиленням від сплати коштів на утримання дітей (аліментів) або на утримання непрацездатних батьків слід розуміти будь-які діяння боржника, спрямовані на невиконання рішення суду (приховування доходів, зміну місця проживання чи місця роботи без повідомлення державного виконавця тощо), які призвели до виникнення заборгованості із сплати таких коштів у розмірі, що сукупно складають суму виплат за шість місяців відповідних платежів	
Ст. 166	Злісне невиконання обов'язків по догляду за дитиною або за особою, щодо якої встановлена опіка чи піклування Злісне невиконання батьками, опікунами чи піклувальниками встановлених законом обов'язків по догляду за дитиною або за особою, щодо якої встановлена опіка чи піклування, що спричинило тяжкі наслідки	карається обмеженням волі на строк від двох до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 167	Зловживання опікунськими правами Використання опіки чи піклування з корисливою метою на шкоду підопічному (зайняття житлової площі, використання майна тощо)	карається штрафом від ста до трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 194, ч. 1	Умисне знищення або пошкодження майна 1. Умисне знищення або пошкодження чужого майна, що заподіяло шкоду у великих розмірах	карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста двадцяти до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк
Ст. 194, ч. 2	2. Те саме діяння, вчинене шляхом підпалу, вибуху чи іншим загальнонебезпечним способом, або заподіяло майнову шкоду в особливо великих розмірах, або спричинило загибель людей чи інші тяжкі наслідки	карається позбавленням волі на строк від трьох до десяти років
Ст. 195	Погроза знищення майна Погроза знищення чужого майна шляхом підпалу, вибуху або іншим загальнонебезпечним способом, якщо були реальні підстави побоюватися здійснення цієї погрози	карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від шістдесяти до ста двадцяти годин, або виправними роботами на строк до одного року, або арештом на строк до шести місяців
Ст. 299 ч. 1	Жорстоке поводження з тваринами 1. Знущання над тваринами, що відносяться до хребетних, вчинене із застосуванням жорстоких методів або з хуліганських мотивів, а також нацькування зазначених тварин одна на одну, вчинене з хуліганських чи корисливих мотивів	караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців
Ст. 299 ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені у присутності малолітнього	караються штрафом до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років
Ст. 303, ч. 1	Сутенерство або втягнення особи в заняття проституцією 1. Втягнення особи в заняття проституцією або примушування її до заняття проституцією з використанням обману, шантажу чи уразливого стану цієї особи, або із застосуванням чи погрозою застосування насильства, або сутенерство	караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років
Ст. 303, ч. 2	2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо кількох осіб або повторно, або за попередньою змовою групою осіб, або службовою особою з використанням службового становища, або особою, від якої потерпілий був у матеріальній чи іншій залежності	караються позбавленням волі на строк від чотирьох до семи років
Ст. 303, ч. 3	3. Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або організованою групою	караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років з конфіскацією майна або без такої

№ статті ККУ	Зміст статті ККУ	Види покарань, передбачених санкцією статті ККУ
Ст. 303, ч. 4	4. Дії, передбачені частинами першою, другою або третьою цієї статті, вчинені щодо малолітнього, або якщо вони спричинили тяжкі наслідки	караються позбавленням волі на строк від восьми до п'ятнадцяти років з конфіскацією майна або без такої
	<p>Примітка</p> <p>1. Під сутенерством у цій статті слід розуміти дії особи із забезпечення заняття проституцією іншою особою.</p> <p>2. Відповідальність за втягнення малолітнього чи неповнолітнього в заняття проституцією чи примушування їх до заняття проституцією за цією статтею має наставати незалежно від того, чи вчинені такі дії з використанням обману, шантажу, уразливого стану зазначених осіб або із застосуванням чи погрозою застосування насильства, використанням службового становища, або особою, від якої потерпілий був матеріально чи інакше залежний</p>	
Ст. 304, ч. 1	<p>Втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність</p> <p>1. Втягнення неповнолітніх у злочинну діяльність, у пияцтво, у заняття жебрацтвом, азартними іграми</p>	карається позбавленням волі на строк від трьох до семи років
Ст. 304, ч. 2	2. Ті самі дії, вчинені щодо малолітньої особи або батьком, матір'ю, вітчимом, мачухою, опікуном чи піклувальником, або особою, на яку покладено обов'язки щодо виховання потерпілого чи піклування про нього	караються позбавленням волі на строк від чотирьох до десяти років
Ст. 323, ч. 1	<p>Спонування неповнолітніх до застосування допінгу</p> <p>1. Спонування неповнолітніх до застосування допінгу</p>	карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років
Ст. 323, ч. 2	2. Та сама дія, вчинена батьком, матір'ю, вітчимом, мачухою, опікуном чи піклувальником або особою, на яку покладено обов'язки щодо виховання потерпілого чи піклування про нього, його тренером, або повторно, або особою, яка раніше вчинила один зі злочинів, передбачених статтями 314, 315, 317, 324 цього Кодексу	карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк
	<p>Примітка</p> <p>Допінг – це засоби і методи, які входять до переліку заборонених Антидопінговим кодексом Олімпійського руху</p>	

Індикативні таблиці виявлення насильства щодо дітей

(автори: О. Кочемировська, А. Ходоренко)

У нижченаведеній методиці відокремлено та визначено основні характеристики (психологічні, фізичні та поведінкові) дітей, які потерпають від насильства. Методика складається з чотирьох базових таблиць.

У таблиці **А** виокремлено **наочні ознаки насильства** над дитиною.

У таблиці **Б** – **непрямі ознаки** насильства щодо дитини.

Таблиця **В** містить у собі ознаки насильства, що виявляються спеціалістом завдяки **опитуванню родичів, отриманню інформації з інших структур**.

У таблиці **Г** представлені **ознаки**, на які треба звертати першочергову увагу під **час повторних відвідин родини**, в якій підозрюється наявність насильства щодо дитини.

Кожна таблиця складається з чотирьох стовпчиків:

- 1) перший містить у собі характеристики тих чи інших ознак насильства;
- 2) у другому стовпчику подається спосіб визначення цих ознак. Основні з цих способів – це огляд та безпосереднє **спостереження (С)** за дитиною, станом її житла, родичами; **бесіда (Б)** з дитиною, **опитування (О)** родичів, отримання інформації з інших структур;
- 3) у третьому стовпчику цієї таблиці спеціаліст власноруч робить відмітку про наявність тієї чи іншої ознаки насильства в сім'ї щодо дитини (обов'язково чорнильною або кульковою ручкою, НЕ олівцем);
- 4) четвертий стовпчик слугує для різного роду приміток – наприклад, нотаток про різку зміну поведінки дитини після якогось із запитань. Нотатки також робляться чорнильною або кульковою ручкою.

Особливу увагу необхідно звернути на складність виявлення обставин та ознак сексуального насильства. Отже, у разі підозри щодо можливості сексуального насильства, огляд та опитування необхідно проводити дуже обережно та делікатно.

При аналізі результатів методики **необхідно пам'ятати, що одна або дві відмітки в таблицях не можуть достеменно свідчити** про наявність насильства, але чим більше позначок, тим більша вірогідність.

Таблиця А

Наочні ознаки насильства над дитиною	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Зсуви, переломи кісток, крововиливи, у т. ч. поряд з частково залікованими травмами	С		
Забиті місця, синці, подряпини на видимих частинах тіла, особливо різні за часом появи	С		
Опіки, дивні за формою та/або походженням	С		
Набряк обличчя (внаслідок ляпасів), синці, інші ушкодження, характерні для фізичного насильства	С		
Дитина має характерні для насильства синці (пряжки ременя, долоні, лозини), опіки (цигаркою, праскою тощо)	С		
Заплакане обличчя дитини, набряклі очі	С		
Хронічна відмова від медичної допомоги	БО		
Наднизька вага, яка не відповідає віку дитини	С		
Застарілий бруд на відкритих частинах тіла (обличчя, руки, волосся)	С		
Поганий запах від дитини	С		
Зачіску зроблено невідповідним інструментом або волосся обскубане, скуйовджене, брудне, «гніздо» на голові	С		
Пошкодження/знищення речей, її майна, у т. ч. – іграшок, дитини батьками, родичами	Б		
Відмова батьків опікуватись дитиною	СО		
Примус з боку батьків, родичів малолітньої дитини до тяжкої праці, втягнення її у жебракування	СО		
Ігнорування життєво важливих потреб дитини з боку батьків (не забезпечення відвідування дитиною школи, відсутність шкільного приладдя, стола (для школярів), спального місця тощо)	СО		
Алкогольне або наркотичне сп'яніння дитини	С		
Дитина перебуває поза домом та не хоче туди повертатись	СБО		
Вагітність малолітньої дитини	С		

Таблиця Б

Непрямі ознаки насильства над дитиною	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Відмова показати закриті одягом частини тіла – руки, шию тощо	СБ		
Дивний одяг: шарф, рукавички, довгі рукава у спеку, не знімає темні окуляри у приміщенні тощо (це може використовуватись, щоб приховати рани, синці)	С		
Поганий стан житла, що не відповідає статкам родини чи когось з її членів	С		
Одяг дитини не відповідає її віку	С		
Одяг із застарілими плямами бруду або рваний	С		
Одяг не відповідає погодним умовам	С		
Алкогольне сп'яніння батьків	С		

Непрямі ознаки насильства над дитиною	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Невідповідність отриманих ушкоджень історії, яку розповідає дитина або піклувальники	Б0		
Відмова від медичної допомоги	Б0		
Зухвала, в т. ч. агресивна та/або сексуалізована поведінка дитини	СБ0		
Дитина виявляє страх перед батьками чи родичами	Б		
Дитина надмірно мовчазна, скута, має уповільнене мовлення	СБ		
Дитина відмовляється розмовляти	Б		
Дитина дає неадекватні відповіді на запитання	Б		
Уповільнене мовлення	БС		
Дитина апатична, не виявляє жодних емоцій з приводу того, що відбувається	СБ		
Постійна сонливість або безсоння у дитини	Б0		
Схильність до нещасних випадків, втечі з дому	Б0		

Таблиця В

Опитування батьків, інших родичів, сусідів	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Батьки, інші родичі не можуть пояснити стан дитини	0		
Батьки не можуть сказати, на що хворіє дитина і як лікується тощо	0		
Батьки, інші родичі відмовляються показувати дитину будь-кому, намагаються не випускати її з помешкання, обмежують її контакти	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, свідчать про схильності дитини до асоціальної поведінки	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, вказують на сексуалізовану поведінку та/або сексуальну нерозбірливість дитини, а саме:	0		
– невідповідні віку сексуальні пізнання дитини, використання термінології та жаргону, не властивих дітям	0		
– схильність до сексуальних виявів прихильності за відсутності інших форм вияву прихильності	0		
– сексуальні домагання до інших дітей або навіть дорослих, нерозбірлива та/або демонстративна сексуальна поведінка	0		
– ігри, що мають сексуальний підтекст	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, зазначають про схильність у дитини до знущання над тваринами	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, прямо виказують свою стурбованість стосовно ситуації в сім'ї	0		
Сусіди скаржаться на крики, звуки ударів, порушення спокою	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, зазначають про суїцидальні погрози чи спроби суїциду	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, самі ж батьки зазначають про втечі дитини з дому	0		

Опитування батьків, інших родичів, сусідів	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, свідчать про жебракування дитини	0		
Родичі, спеціалісти, які знають дитину, зазначають про примус дитини до непосильної праці	0		
Існують свідчення про примус чи втягнення дитини до секс-бізнесу	0		
Існують свідчення, що дитина не відвідує школу	0		
Існують свідчення, що дитина постійно перебуває на вулиці, біля під'їзду, не йде додому	0		

Таблиця Г

Повторний огляд	Спосіб виявлення	Наявність	Прим.
Всі пункти, подані у таблиці А (!)			
Дитина перебуває не вдома та не хоче туди йти	СБО		
Страх перед батьками чи родичами, що з'явився після останнього візиту інспектора	Б		
Байдуже ставлення батьків до власної дитини	СО		
Невідповідність отриманих ушкоджень історії, яку розповідає дитина або піклувальники	БО		
Відмова від надання дитині медичної допомоги, незважаючи на рекомендації спеціаліста під час останнього візиту	БО		
Родичі відмовляються показати дитину	0		
Схильність до нещасних випадків, втечі дитини з дому	БО		
Різка та незрозуміла зміна ставлення до дільничного інспектора з боку дитини	СБ		
Алкогольне чи токсичне сп'яніння дитини	С		

Особливості та правила опитування дитини, яка зазнала жорстокого поводження

Загальні засади проведення опитування дитини:

- опитування дитини має бути проведено без необґрунтованої затримки;
- опитувань має бути проведено якомога менша кількість (відповідно, опитування має бути підготовано та проведено таким чином, щоб не виникла потреба у проведенні його знову і знову);
- опитування дитини має, за можливості, проводитися у спеціально обладнаному та прилаштованому для цих цілей приміщенні;
- якщо опитувань дитини проводиться декілька, вони мають бути проведені однією й тією ж особою, якщо це можливо;
- варто, щоб під час опитування дитину супроводжував її законний представник або, де це доцільно, дорослий, якого вона сама вибирає (якщо стосовно цієї особи не буде винесено мотивованого рішення про інше);
- особа, яка проводить опитування, має відповідати основним вимогам, поданим нижче²⁶.

Основними вимогами до особи, яка проводить опитування, є:

- спеціальна підготовка щодо проведення опитування дітей, які зазнали насильства або стали його свідками (знання прийомів, технік, інструментів);
- знання у галузі психології розвитку та клінічної психології дитини;
- вміння враховувати рівень розвитку та можливостей дитини під час проведення процедури опитування;
- досвід встановлення контакту з різними категоріями дітей;
- розвинуті гнучкість та емпатія;
- об'єктивність;
- стресостійкість та ресурсність щодо надання підтримки дитині під час розповіді про факти пережитого насильства.

Загальні правила, яких необхідно дотримуватися тому, хто проводить опитування²⁷:

- Сидіть вільно, обличчям до дитини. Підтримуйте зоровий контакт з дитиною.
- Зберігайте спокій, не демонструйте знервованість або хвилювання. Стримуйте свої емоції та будьте готові до неприємних або шокуючих подробиць, коли запитуєте дитину про ситуацію насильства.
- Говоріть повільно, чітко, спокійним голосом, використовуйте просту, зрозумілу для дитини мову.
- Якнайчастіше звертайтеся до дитини на ім'я.

²⁶ Конвенції Ради Європи щодо захисту дітей від сексуальної експлуатації та сексуального насильства (Ланцаротська конвенція).

²⁷ Організація роботи підрозділів ОВС, що здійснюють профілактичну роботу серед дітей, у сфері протидії жорстокому поводженню з дітьми та насильству в сім'ї: методичний посібник / авт. кол.: Гришко А. А., Журавель Т. В., Кочемировська О. О., Лазаренко О. О., Сергєєва К. В.; за ред. Т. В. Журавель, О. О. Кочемировської. – К.: Обнова, 2013.

- Приймайте те, що говорить дитина. Покажіть дитині, що Ви їй вірите («Я вірю тобі», «Я докладу зусиль, щоб допомогти тобі», «Ти не маєш мовчати про це, добре, що ти вирішив/ла розказати»). Висловлюйте дружнє ставлення і підтримку.
- Спостерігайте за тим, чи дитина вас розуміє.
- Поясніть дитині, що нема нічого страшного в тому, що вона не знає відповіді на те чи інше питання, вона не має відчувати за це провини.
- Поясніть дитині, що якщо вона не розуміє питання, вона може перепитати, попросити пояснити, що Ви мали на увазі.
- Дайте дитині зрозуміти, що Ви можете повторювати запитання для того, щоб краще зрозуміти думку дитини (а не через те, що Ви їй не довіряєте тощо).
- Попередьте дитину, що вона має можливість виправити Вас, якщо Ви щось сказали не так або неправильно зрозуміли її слова.
- Робіть перерви, коли дитина втомилася.
- Підтримуйте дитину під час розповіді кивками голови, а також таким чином: більше слухайте, виказуйте співчуття («Я розумію твої переживання»), заохочуйте до подальшої розповіді («Ти добре робиш, що розказуєш про це»).
- Дозвольте дитині описувати те, що сталося, її власною мовою, навіть якщо вона бентежить Вас (наприклад, дитина використовує нецензурні слова, назви статевих органів тощо), адже дитина може не вміти висловлюватися по-іншому.
- Будьте чесними.
- Повідомте дитині, що Ви змушені будете розповісти про ситуацію іншим спеціалістам для того, щоб надати дитині необхідну допомогу та захистити її.
- Наприкінці опитування повідомте дитині, що відбуватиметься після опитування і якими будуть Ваші наступні кроки щодо цієї ситуації. Скажіть дитині, що Ви інформуватимете її і надалі.

Уникайте таких помилок:

- Не порушуйте фізичного простору дитини, залишайтеся на безпечній для неї відстані.
- Не підганяйте дитину, давайте їй час на те, щоб обдумати свої відповіді.
- Не змушуйте дитину до відповіді, говорячи, що вона повинна щось знати або пам'ятати.
- Не закінчуйте речення за дитину, не підштовхуйте її до відповіді, ставлячи навідні запитання, вона має говорити сама.
- Не оцінюйте дитину та її висловлювання: не використовувати оцінювальних слів на кшталт «добре» чи «погано», не хваліть за певні варіанти відповідей, не обіцяйте винагороди за відповідь на запитання.
- Не реагуйте здивуванням на висловлювання дитини, навіть якщо вони вас шокують.
- Не коментуйте описуваних дитиною ситуацій згідно з уявленнями дорослих (наприклад, «Це було небезпечно для тебе...», «Це, мабуть, було для тебе жахливим»).
- Не давайте дитині обіцянок, яких ви не зможете виконати або виконання яких не залежить безпосередньо від Вас (на кшталт «Про це ніхто не дізнається» або «Кривдника буде покарано» тощо).
- Не питаєте у скривдженої дитини, чи злочинець повинен бути покараний і яким чином.
- Не оцінюйте близьких дитині осіб.

- Не впадайте в паніку, якщо дитина виражає свої негативні емоції, наприклад плаче, скажіть, що розумієте її реакцію; не кажіть дитині «не плач», «не нервуй».
- Не використовуйте фраз/запитань, які розвивають почуття сорому та провини: «Чому ти не розказав/ла раніше?», «Тобі слід було кричати/вириватися/кликати на допомогу/прийти раніше тощо», «Як ти допустив/ла це?», «Ооо, це багато пояснює», «Я не вірю тобі!», «Який жах, це так страшно...», «Це поважна людина, не наговорюй» тощо.

Варто враховувати вплив присутніх під час опитування осіб (близьких дитини, сторонніх для неї представників служб) на зміст та форму висловлювань дитини.

Тому необхідно, щоб присутні під час опитування особи:

- займали місця, максимально віддалені від дитини;
- не знаходилися перед її очима;
- поводитися пасивно (не перебивали, не ставили запитань (запитання можна записати на аркуші та передати для озвучення психологу перед початком опитування або, у крайньому разі, під час опитування);
- не проявляли своїх емоцій.

Оптимальною є ситуація, коли спостерігачі перебувають в іншому приміщенні з можливістю спостереження за перебігом опитування через одностороннє скло або за допомогою аудіо- чи відеотехніки.

РОЗДІЛ

7

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА
ІЗ СІМ'ЯМИ, В ЯКИХ
Є ОСОБИ, ЗАЛЕЖНІ
ВІД ПСИХОАКТИВНИХ
РЕЧОВИН (НАР)**

РОЗДІЛ 7. Соціальна робота із сім'ями, В яких є особи, залежні Від психоактивних речовин (ПАР)

- У чому полягає сутність ознаки вразливості?
- Якими є типові проблеми, труднощі таких сімей, осіб та фактори, що призводять до вживання ПАР?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з особами із залежністю від психоактивних речовин?
- Хто може бути надавачем послуг для сім'ї (особи) з такою ознакою вразливості?
- Якими є особливості виявлення сімей/дітей з такою ознакою вразливості?
- Які особливості проведення оцінки потреб та прийняття рішення щодо подальшої роботи з такими сім'ями та особами?
- На що слід зважати під час планування діяльності?
- Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Які основні рекомендації щодо роботи із сім'ями, в яких є особи, залежні від психоактивних речовин?

Додаток 7.1. Фактори ризику формування у дітей, підлітків та молоді залежної від вживання ПАР поведінки

Додаток 7.2. Рекомендації щодо спілкування і взаємодії з дитиною, батьки якої вживають ПАР

Додаток 7.3. Опитувальник для визначення алкогольної співзалежності

У чому полягає сутність ознаки Вразливості?

Стрижнева особливість вразливості сімей, в яких є особи, котрі вживають психоактивні речовини, полягає в тому, що у таких осіб розвивається залежна поведінка, яка призводить до серйозних порушень фізичного та психічно-го здоров'я, втрати соціальних контактів тощо.

Поняття «психоактивні речовини» (далі – ПАР) охоплює алкоголь, тютюн, наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори. Специфічною особливістю залежності, яка розвивається при вживанні будь-яких ПАР, є тісний зв'язок між клінічними (медичними) і соціальними аспектами. Тобто, поведінку, пов'язану із вживанням ПАР, слід одночасно розглядати і як комплекс соціально-психологічних проблем, і як наслідок фізико-хімічних змін в організмі (які з часом прогресують).



Психоактивна речовина (ПАР) – це речовина, яка при вживанні впливає на органи сприйняття (зір, слух, смак, нюх), а також мислення, почуття і поведінку людини²⁸. ПАР – це речовина, яка відповідає трьом критеріям:

- **медичний** – речовина, яка діє на центральну нервову систему (далі ЦНС), має седативний, стимулюючий або галюциногенний вплив;
- **соціальний** – немедичне вживання речовини має дуже великі масштаби і наслідки цього набувають великої соціальної значущості;
- **юридичний** – така речовина законодавчо визнана наркотичною.

Залежність від ПАР – це хронічне рецидивуюче захворювання, викликане систематичним вживанням психоактивних речовин, що виявляється синдромом зміни реактивності, психічною і фізичною залежністю, а також деякими іншими психотичними та соціальними феноменами.

Фізична залежність настає у тих випадках, коли тіло залучило наркотичну речовину в обмін речовин, і коли після припинення вживання ПАР з'являються симптоми абстинентного синдрому, або «ломки» (комплекс неприємних, а іноді й болісних відчуттів, що з часом можуть спричинити смерть). Тобто, внутрішніми процесами в організмі починають управляти речовини, що надходять ззовні, і обійтись без них він уже не може. Зміни на рівні головного мозку можуть бути тривалими та вагомими і стати причиною того, що люди довгий час відчуватимуть потяг до вживання ПАР і нерідко, навіть після довгої абстиненції, знову починають їх вживати.

Існує помилкова думка, що фізична залежність більш небезпечна, ніж психологічна. Попри те, що дія деяких ПАР (наприклад, кокаїну) не викликає фізичної залежності, психологічне звикання до них не менш згубне для особистості. Тривале і систематичне вживання ПАР призводить до розвитку таких

²⁸ Ориентационное пособие ВОЗ, Модуль К «Молодые люди и потребление психоактивных веществ».

захворювань, як наркоманія, алкоголізм, токсикоманія, при яких спостерігаються психічні і соматичні розлади, що потребують специфічного лікування та реабілітації.

Якими є типові проблеми, труднощі таких сімей, осіб та фактори, що призводять до вживання ПАР?

Проблеми із зловживанням ПАР досить тривалий час можуть бути для сім'ї внутрішніми, приховуватися від зовнішнього світу, внаслідок чого її члени, зокрема діти, не мають можливості вчасно отримати необхідну їм допомогу, соромлячись, боячись розголосу чи покарання батьків, звинувачуючи себе у сімейних проблемах, тощо. Тобто, ступінь нефункціональності родини підвищується, кількість проблем збільшується, рівень задоволення потреб дітей зменшується, при цьому з'являються ризики як жорстокого поводження з дітьми, так і аутодеструктивної дитячої поведінки (наприклад, суїцидальної).

Типовим також є **небажання визнавати дорослими членами родини наявність проблеми зловживання ПАР**, що значно ускладнює взаємодію із ними надавачам соціальних послуг. Водночас фахівці мають розуміти, що зловживання ПАР – це симптом, який сигналізує про існування інших, прихованих (справжніх) причин порушення виконання родиною своїх функцій. Не долаючи першопричини (наприклад, негативні взаємини в родині, економічні труднощі, незадоволеність собою та своєю роллю тощо), людина «заглушує» їх, наприклад, за допомогою алкоголю. Звикаючи таким чином «лікувати» свої проблеми, особа все частіше відмовляється від інших способів їх подолання.

Одночасно з небажанням визнавати вживання ПАР проблемою для себе, нерідко розвивається упевненість як самої особи, так і членів її сім'ї у тому, що першопричиною їхніх невдач є розповсюджувачі ПАР, державні органи, які не перешкоджають їх поширенню, реклама, особливості української ментальності і т. ін. (так проявляється один із захисних психологічних механізмів – людина шукає зовнішніх винуватців своєї проблеми, самовиправдовується та «знімає» відповідальність з себе, перекладаючи її на інших).



Корені адиктивних механізмів, до якої б форми адикції (залежності) вони не призводили, слід шукати у дитинстві, в особливостях виховання, у поведінці батьків чи одного з них. Вдома, у батьківському середовищі дитина навчається мови міжособистісних контактів і емоційних взаємин. Якщо дитина не знаходить у батьків підтримки, емоційного тепла, відчуває психологічну незахищеність, то це почуття незахищеності, недовіри переноситься на великий навколишній світ, на людей, з якими їй доводиться зустрічатися у житті, що і змушує шукати комфортного стану за допомогою вживання ПАР, фіксації на певних активностях і предметах.

Незважаючи на те, що фактори ризику і причини вживання ПАР (додаток 7.1.) можуть бути спільними як для дорослих, так і неповнолітніх членів сім'ї, труднощі, які доведеться вирішувати всій родині, диференціюються відповідно до того, хто саме потрапив у ситуацію залежності.

Типові труднощі сімей, в яких батьки мають залежність від ПАР:

- економічні труднощі у зв'язку з постійними, усе зростаючими і все більш неконтрольованими витратами на придбання ПАР. Сценарії погіршення економічної ситуації в родині різні: фінансово благополучна родина може потрапити в економічну кризу через несподіване витрачання залежною особою грошей, продаж речей, нерухомості тощо для задоволення своєї зростаючої потреби у вживанні ПАР, або ж родина з невеликими статками опиняється у стані бідності без будь-яких засобів для існування через вживання одним із батьків ПАР тощо. У кожному з випадків ступінь невдоволення, агресивності інших членів родини, їх емоційні і поведінкові реакції будуть різнитися (наприклад, нервові розлади у дружини, чоловік якої почав зловживати алкоголем та втратив роботу у першому випадку та примус матір'ю дітей до жебракування у другому), що також має враховувати надавач послуги;
- загроза руйнування сім'ї (розлучення батьків, смерть одного з батьків як наслідок хвороб, викликаних вживанням ПАР);
- соціальне або біологічне сирітство дітей внаслідок смерті батьків або невиконання ними своїх батьківських обов'язків;
- конфліктність у взаєминах, небажання членів родини конструктивно взаємодіяти між собою, зневіра у можливість позитивних змін;
- сформованість співзалежності у членів родини (інформацію про співзалежність наведено нижче);
- хвороби, які можуть мати хронічний, запущений характер у зв'язку з відсутністю коштів, байдужим ставленням батьків до власного здоров'я, невиконанням батьківських обов'язків (якщо йдеться про хвороби дітей) тощо;
- високий ризик формування залежної поведінки у дітей, хоча не менш важливу роль відіграють індивідуальні особливості конкретної дитини та її соціальний досвід;
- розвиток девіантної, аутодеструктивної поведінки у дітей. Діти, не знаходячи психоемоційної підтримки у родині, перебуваючи постійними свідками батьківських сварок та сприймаючи звинувачення на свою адресу (звинувачення на кшталт: «Якби мені не потрібно було вас всіх годувати, моє життя було б кращим», «А що мені робити, коли ви щодня з мене кров п'єте?» та ін.), починають шукати способів компенсувати почуття провини, нестачу безпеки, емоційного тепла, можливості виразити свою тривогу і біль. Якщо вони не знаходять людини, яка б їх зрозуміла, підтримала, дала пораду, то починають поводитися з викликом, агресивно, істерично, деструктивно або замикаються у собі, повністю відсторонюючись від зовнішнього світу;
- стигматизація, дискримінація членами родини, сусідами, громадою загалом;

- проблеми з правозахисними органами;
- нерозуміння переваг здорового способу життя.

Типові труднощі сімей, в яких діти, у тому числі неповнолітні, мають залежність від ПАР:

- відсутність розуміння потреб дитини батьками;
- зменшення батьківського авторитету (якщо в родині діти підліткового віку і старші) порівняно із впливом, який чинять на дитину однолітки, неформальні угруповання, до яких може потрапити молода людина і які спонукають її до вживання ПАР. З цієї причини батькам важче вплинути на дитину щодо припинення такої деструктивної поведінки. Ускладнити цю ситуацію може небажання батьків шукати корені проблеми у системі сімейних взаємин, власних помилках виховання, у своїй поведінці тощо;
- нерозуміння, неусвідомлення дітьми серйозних наслідків небезпечної поведінки. Багато хто вважає, що спробують лише раз, потім думають, що від другого разу шкоди не буде, потім – якщо вживати рідко, то в будь-який час можна кинути. У зв'язку з цим вони чинять опір зусиллям дорослих зупинити їх;
- невпевненість дитини у своїх силах (викликана страхом, що не зможе обходитися без ефектів, яких досягає за допомогою ПАР; страхом, що не знайде іншої референтної групи однолітків замість тієї, в якій вживають ПАР; страхом, що рідні, значущі люди відвернуться), яка може призвести до ще більшої конфронтації з дорослими, спровокувати втечі з дому, більш активне вживання ПАР, як наслідок – протиправну поведінку тощо;
- нерозуміння дорослими членами сім'ї серйозності наслідків, які може спричинити вживання ПАР дитиною («Ми все життя вживаємо алкоголь і не спилися, і з нашим сином все буде гаразд», «Чого ви хвилюєтесь, він лише з друзями травку курить», «У цьому житті треба все спробувати» тощо), внаслідок чого ними не здійснюються ніякі заходи щодо зміни ситуації ні самостійно, ні спільно з надавачем соціальних послуг;
- страх батьків суспільного осуду, а тому тривалий час приховування факту вживання дітьми ПАР в надії на самостійне подолання проблеми, що призводить до значних проблем як із здоров'ям дитини, так і у внутрішньосімейних взаєминах; нерідко така родина починає вести більш ізольований, «закритий» спосіб життя, що значно утруднює надавачу послуг взаємодію з нею;
- амбівалентне (неузгоджене) ставлення членів родини до проблеми вживання ПАР дитиною. Наприклад, батьки (або один із батьків) можуть відстоювати позицію, що їх дитина підліткового або юнацького віку має бути самостійною і водночас прагнуть повністю контролювати її життя, демонструючи недовіру. Нерідко саме такі подвійні стандарти у взаєминах, неможливість відкритого, довірливого спілкування і спонукають молоду людину до вживання ПАР;
- бажання швидких змін та перекладання відповідальності за сімейні проблеми на фахівців тих служб та установ, які долучилися до допомоги ро-

дині. Такі сім'ї починають звинувачувати оточуючих («лікарі погано лікують», «поліція не шукає тих, хто продає учням наркотики», «місцева влада не закриває магазин, в якому учні можуть придбати алкоголь», «психолог взагалі не розуміє, які проблеми в нас насправді» тощо), не бажають співпрацювати у напрямі змін, можуть порушувати домовленості, не виконувати рекомендації фахівців тощо;

- насильство та жорстоке поводження батьків з дитиною;
- втрата соціальних контактів;
- відсутність змістовного та активного дозвілля;
- не сформоване у дитини розуміння значення здорового способу життя;
- стигматизація, дискримінація з боку однолітків, громади.

Як зазначено вище, до спільних труднощів, які виникають в обох типах сімей, належить **стигматизація залежності**, через яку підвищується складність як виявлення потенційно вразливих сімей, так і надання соціальних послуг тим родинам, які вже перебувають у складних життєвих обставинах через залежність від ПАР. Стигматизація залежних осіб, суспільне сприйняття цього явища як чогось неприпустимого спонукає багатьох приховувати свою залежність. Стигматизація також болюче відбивається на родинах, в яких є залежні люди («Що з нього взяти, у нього ж батько – алкоголік», «Не можемо прийняти вас на роботу, тому що тут матеріальна відповідальність, а у вас син – наркоман» тощо). Острах суспільного осуду змушує багатьох приховувати проблему і стверджувати, що ніякої залежності немає.



Стигма - негативно оцінена суспільством ознака, яка визначає статус людини та поведінку оточення стосовно неї. Стигма перебуває у площині соціальних стереотипів, упереджень, настанов, міфів суспільства та проявляється як нетолерантне, нетерпиме ставлення до людей з боку оточення і може мати форми домінації, пригнічення, використання сили та контролю, агресії, категоризації, звинувачення, покарання, осуду, ізоляції, висміювання, образ, уникання тощо. Стигма є соціально сконструйованим явищем, яке призводить до знецінення людини, і має негативний вплив на стигматизовану людину. Стигма викликає у людини почуття сорому, страху, тривоги, депресії, комплексу неповноцінності, особистої вини й остраху бути дискримінованим.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з особами із залежністю від психоактивних речовин?

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
Закон України від 15 лютого 1995 р. № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»	Визначено такі терміни: <ul style="list-style-type: none">• незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів – діяння з культивування рослин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, пересилання, придбання, збуту, ввезення на територію України, вивезення з території України, транзиту через територію України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що здійснюються з порушенням законодавства про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсорів;• наркоманія – психічний розлад, зумовлений залежністю від наркотичного засобу або психотропної речовини внаслідок зловживання цим засобом або цією речовиною;• особа, хвора на наркоманію, – особа, яка страждає на психічний розлад, що характеризується психічною та (або) фізичною залежністю від наркотичного засобу чи психотропної речовини, і якій за результатами медичного обстеження, проведеного відповідно до цього Закону, встановлено діагноз «наркоманія»
Закон України від 15 лютого 1995 р. № 60/95-ВР «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»	Визначено такі терміни: <ul style="list-style-type: none">• прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин – речовини, які використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;• психотропні речовини – речовини природні чи синтетичні, препарати, природні матеріали, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів
Закон України від 12 грудня 1991 р. № 1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»	Законом, окрім широкого кола питань профілактики, лікування, догляду та підтримки, передбачено забезпечення соціального захисту людей, які вживають наркотики і живуть з ВІЛ, членів їх сімей, медичних, соціальних та інших працівників, зайнятих у сфері запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію, а також надання людям, які живуть з ВІЛ, необхідної медичної допомоги та соціальних послуг; захист від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків, зокрема наданні соціальних послуг
Постанова КМУ «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах» (від 21.11.2013 р. № 895)	Визначено механізм надання потенційному отримувачу соціальних послуг, зокрема інформування про види соціальних послуг, які можуть бути надані, порядок їх надання. Деталізовано процедуру надання соціального супроводу дітей, сім'ї яких перебувають у складних життєвих обставинах, особам у стані загострення алкогольної або наркотичної залежності; наркозалежним особам, які виявили намір взяти участь у програмах ресоціалізації

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Постанова КМУ «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб) (постанова КМУ від 21.11.2013 р. № 896)</p>	<p>Визначено механізм виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб). Подано зміст соціальних послуг, що надаються фахівцем під час здійснення соціального супроводу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • інформування сім'ї (особи) про негативний вплив алкоголю, наркотичних засобів на здоров'я людини та про суб'єктів, що надають соціальні послуги; • формування у членів сім'ї (особи), які вживають ПАР, мотивації до зміни поведінки; • сприяння залученню членів сім'ї (особи) до роботи у групах самопомоги, участі у програмах медико-соціальної реабілітації; • направлення до суб'єктів, що надають послуги з лікування, ресоціалізації та соціально-психологічної реабілітації членів сім'ї (особи), які вживають ПАР, формують у них навички спілкування, ставлення до проблеми залежності, проводять роботу в групах взаємодопомоги тощо; • сприяння у працевлаштуванні та зайнятості членів сім'ї (особи), які подолали проблему вживання ПАР, та їх соціальної адаптації
<p>Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року (постанова КМУ від 28.08.2013 р. № 735-р)</p>	<p>Визначено сутність та сучасні напрями державної політики щодо наркотиків, що формується на засадах інтегрованого і збалансованого підходу до зменшення обсягу пропонування наркотиків, що перебувають у незаконному обігу, та зниження попиту на них, подолання наркоманії як небезпечного соціального явища. Зокрема, визначено:</p> <ul style="list-style-type: none"> • діяльність суб'єктів наркополітики щодо зниження незаконного попиту на наркотики, у т. ч. Мінсоцполітики у сфері організаційно-практичного забезпечення профілактики та реабілітації наркозалежних осіб; • питання профілактики наркозалежності та запобігання незаконному вживанню наркотиків, у т. ч. забезпечення розвитку інфраструктури надання комплексної соціально-педагогічної та медико-психологічної допомоги дітям та їх батькам; • напрями подолання стигматизації та забезпечення прав осіб, хворих на наркоманію; • особливості лікування та реабілітації осіб, хворих на наркоманію, у т. ч. підвищення рівня соціального обслуговування осіб, що проходять реабілітацію, надання їм соціально-медичних, соціально-економічних і юридичних послуг та послуг з працевлаштування, сприяння їх адаптації в новому соціальному середовищі; • організацію лікування наркозалежних осіб в установах пенітенціарної системи тощо
<p>Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді» (від 16.09.2009 р. № 979)</p>	<p>Регулює порядок створення та діяльності центру ресоціалізації наркозалежної молоді</p>

Хто може бути надавачем послуг для сім'ї (особи) з такою ознакою Вразливості?

У сфері профілактики, діагностики, лікування, соціального супроводу, догляду та підтримки, адвокації сімей, яких торкнулась проблема вживання ПАР, надавачами послуг є такі установи та організації:

- лікувальні заклади органів охорони здоров'я (наркологічні диспансери та лікарні, психонаркологічні територіальні медичні об'єднання, наркологічні відділення при психіатричних лікарнях, диспансерах, **поліклінічні, амбулаторні наркологічні кабінети при наркологічних та психоневрологічних диспансерах, міські та районні лікарні**). До структури наркологічних установ, окрім стаціонарних відділень, входять наркологічні кабінети, госпрозрахункові наркологічні кабінети (для надання платних послуг з лікування), кабінети анонімного лікування наркологічних хворих, кабінети для експертизи алкогольного сп'яніння;
- Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»;
- Державна установа «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України»;
- центри медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді»;
- центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- центри ресоціалізації наркозалежної молоді;
- наркологічні лікарні, відділення детоксикації, амбулаторні програми на базі медичних установ;
- центри соціально-психологічної реабілітації дітей;
- навчальні заклади, які забезпечують реалізацію інформаційно-просвітницьких програм, факультативів, системи виховних заходів щодо здорового способу життя, протиалкогольного, антинаркотичного, антитютюнового спрямування тощо;
- громадські українські та міжнародні організації, благодійні фонди;
- релігійні організації.

Якими є особливості виявлення сімей/дітей з такою ознакою Вразливості?

Інформація про сім'ї, в яких є особи, що вживають ПАР, до соціальної служби може надійти як від самих залежних (самозвернення), так і від партнерських організацій. Наприклад, працівники закладів освіти можуть надати інформацію про родину, що потребує підвищеної уваги, адже дитина, яка виховується у сім'ї споживачів ПАР, може мати ознаки жорстокого поведіння (недоглянутості, незабезпечення базових потреб, примусу до жебракування тощо).

Особи (як діти, так і дорослі), які вживають ПАР, можуть контактувати із ФСПР/соціальним працівником у межах його співпраці із родиною щодо вирішення інших її питань (наприклад, під час здійснення соціального супроводу, надання послуг у контексті попередження та подолання насильства в сім'ї чи підтримки сімей, які живуть з ВІЛ/СНІД тощо), тож спеціаліст має змогу помітити таку проблему та вчасно відреагувати на неї.

Отже, з метою раннього виявлення осіб та/чи сімей з такою ознакою вразливості важливо звертати увагу на скарги від отримувачів соціальних послуг та оточуючих щодо зміни поведінки членів родини, зникнення грошей, матеріальних цінностей, появи «сумнівних» друзів тощо.

За наявності нижченаведених факторів ризику ФСПР/соціальний працівник має звернути увагу на ймовірність вживання кимось із членів сім'ї ПАР:

- проблеми в інших членів сім'ї із вживанням ПАР;
- погана успішність дитини в школі, занедбаний вигляд дитини;
- бідність;
- конфлікти в сім'ї, нестабільність взаємин (наприклад, чоловік то покидає сім'ю, то повертається);
- насильство в сім'ї;
- соціальна ізоляція тощо.

Окрім цього, виявити людей із залежністю від вживання ПАР можна за такими **поведінковими та психологічними ознаками**:

- виражені коливання настрою від необґрунтованої ейфорії, проявів любові до всіх оточуючих до роздратування, суму, агресивності;
- підвищена дратівливість, напади тривоги, паніки;
- роздратованість, коли оточуючі критикують поведінку залежної особи;
- прихований комплекс неповноцінності, поєднаний зі зверхністю, яка проявляється зовні;
- зовнішня соціальність, яку супроводжує страх перед стійкими емоційними зв'язками;
- прагнення говорити неправду;
- намагання звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;
- прагнення уникати відповідальності як у прийнятті рішень, так і за їх наслідки;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- заперечення подій та дій, які оточуючі розцінюють як результат залежної поведінки;
- втрата інтересів і життєвих цінностей;
- вороже ставлення і нерозуміння з боку значущих для залежної особи людей;
- почуття провини або стурбованості щодо власної залежності;
- маніпулятивна поведінка;
- порушення координації рухів;

- дезорієнтація в просторі, галюцинації;
- уповільнені мислення і реакція на зовнішні подразники;
- погіршення пам'яті, уваги, здатності зробити висновки;
- спроби приховати місця ін'єкцій (при вживанні наркотиків), що може виражатися у відмові купатися влітку, носінні закритого одягу, з довгими рукавами у будь-яку погоду тощо;
- безладна, хаотична, неадекватна діяльність, особливо при вживанні стимуляторів (наприклад, людина може розібрати всі електроприлади в квартирі або несподівано почати ремонт, при цьому розпочате до кінця не доводиться);
- сильне почуття голоду або відсутнє почуття голоду тривалий час;
- порушення режиму сну; незвичайна сонливість у будь-який час доби;
- руйнація попередніх стосунків і зв'язків, зміна значущого оточення, кола спілкування (наприклад, людина була помічена у спілкуванні з наркозалежними або людьми у нетверезому стані);
- вживання специфічної лексики;
- поява у людини таких речей, як закопчені ложки, фольга, капсули, пухирці невідомого походження, бляшані банки, шприци, голки тощо.



Уміння налагоджувати і підтримувати **стійкі емоційні зв'язки** з іншими забезпечує людині відчуття захищеності, безпеки, впевненості, близькості, взаєморозуміння, внутрішньої наповненості, радості від спілкування. Люди, які мають досвід таких зв'язків, готові до побудови довірливих стосунків на основі взаєморозуміння, відкритості, щирості. Водночас відсутність такого досвіду робить людину тривожною, недовірливою, невпевненою, незадоволеною собою та іншими.

Найяскравіший приклад – емоційний зв'язок між матір'ю і дитиною, який безпосередньо впливає на пізнавальну активність дитини, її фізичний розвиток, налагодження взаємин з іншими людьми, обумовлює характер спілкування з власними дітьми у майбутньому.

Побачити відсутність в отримувача соціальних послуг осіб, з якими у нього склались стійкі емоційні зв'язки, можна, використовуючи, наприклад, карту соціальної мережі, в якій такі особи або не зазначені, або в їх ролі виступають померлі люди чи уявні персонажі.



Маніпулятивна поведінка – це поведінка, при якій одна особа використовує іншу у своїх цілях, для отримання власної вигоди. Психологічний смисл маніпуляції полягає у тому, щоб контролювати поведінку людей, керувати ними, отримати переваги за рахунок обмеження їх свободи. За такої поведінки створюються ситуації, у яких об'єкт маніпулювання спонукається до дій, які він робити не хоче, припиняє займатись улюбленою справою, зрікається своїх мрій та прагнень, але при цьому формується впевненість, що дія виконується з доброї волі.

Зовнішні ознаки також можуть свідчити про залежну поведінку, але вони дещо різняться залежно від того, які ПАР вживає особа. Це можуть бути:

- **обличчя:** блідість шкіряних покривів, але при довготривалому вживанні наркотиків з'являється жовтяничний або землистий відтінок шкіри; висипання на обличчі; гнійничкові висипи;
- **волосся:** скуйовджене, занадто сальне;
- **очі:** блиск в очах; «блукаючий погляд», зіниця розширена або різко звужена, зіниця «не реагує на світло»; глибокі очні впадини; сльозотеча (нежить); опущені повіки;
- **губи:** сухість губ; губи можуть бути припухлими, почервонілими;
- **зуби:** з явними ознаками нездоров'я, почорнілі; мимовільний скрегіт зубами (особливо у сні);
- **кінцівки:** тремор; сліди від ін'єкцій; набряклі, почервонілі кисті рук;
- **мовлення:** скандують або невиразне, «в'язке» мовлення;
- **хода:** атаксична хода (як у робота); погойдування при ходьбі, а також погойдування тулуба навіть у положенні сидячи (особливо явне при заплющених очах)²⁹.

Одна конкретна ознака, яка виявлена у поведінці чи зовнішності людини, зазвичай, ще не свідчить про вживання нею ПАР. Щоб робити такий висновок, має бути виявлена сукупність ознак. Але в будь-якому разі, якщо та чи інша ознака у поведінці чи зовнішності привертає увагу фахівця, здається йому підозрілою – необхідно поспостерігати за особою (якщо є така можливість) або поспілкуватися з цього приводу із членами родини, значущими людьми тощо.

Після виявлення факту вживання особою ПАР фахівець, який надає послуги, може продовжити роботу з нею у напрямі мотивування до відмови від вживання або скористатися функцією переадресації, направивши до іншого фахівця, компетентного у питаннях роботи із залежностями.

Які особливості проведення оцінки потреб та прийняття рішення щодо подальшої роботи з такими сім'ями та особами?

Проводячи оцінку потреб людини, у якої наявні ознаки залежної поведінки, важливо розуміти, на якій стадії формування залежності вона перебуває, що допоможе скласти оптимальний план супроводу, запропонувати найбільш доцільні соціальні послуги, а також гарантувати безпеку надавача таких послуг (табл. 9).

²⁹ Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ: Книга для участника : учебно-методическое пособие / [Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В.] / Под общ. ред. Т. В Журавель. – К. : ПЦ «Фолиант», 2012. – 228 с.

Таблиця 9. Етапи формування залежності від психоактивних речовин

Етап залежності	Характеристика етапу	Рекомендації щодо планування взаємодії з отримувачем соціальних послуг
1. «Перші спроби», початок формування залежності	«Знайомство» з ПАР відбувається епізодично з отриманням позитивних емоцій і збереженням контролю. З'являється розуміння, що існують доступні засоби швидко і без особливих зусиль змінити свій психічний стан, покращити самопочуття	Може бути проведена комплексна оцінка потреб людини, її сім'ї у встановленні термінів; випадок може класифікуватися як простий або середньої складності; з особою може бути укладено договір про надання соціальних послуг
2. Адиктивний ритм	Поступово формується стійкий індивідуальний ритм вживання ПАР з відносним контролем. Цей етап часто називають стадією психологічної залежності, коли ПАР дійсно допомагає на певний час покращувати психофізичний стан. Поступово відбувається звикання до все більших доз ПАР. Одночасно накопичуються соціально-психологічні проблеми, посилюються дезадаптивні стереотипи поведінки. Міжособистісні взаємини поступово відступають на другий план. Спровокувати вживання ПАР можуть будь-які події, що викликають душевну тривогу, відчуття дискомфорту, небезпеки	Може бути проведена комплексна оцінка потреб людини, її сім'ї у встановленні термінів; випадок може класифікуватися як середньої складності; рішення щодо укладання договору про надання соціальних послуг доцільно прийняти після відповідної рекомендації психолога. На цьому етапі слід обов'язково з'ясувати, до яких соціальних груп належить особа, оскільки для деяких з них (підліткова група, неформальне об'єднання, сексуальні меншини, просто чоловіча компанія) залежна поведінка є проявом групової динаміки
3. Адиктивна поведінка	Характерне почастішання ритму вживання ПАР у максимальних дозах, поява стійких ознак фізичної залежності з ознаками інтоксикації і повної втрати контролю. Особа уперто заперечує наявні психологічні проблеми, але на підсвідомому рівні у неї виникає відчуття тривоги, занепокоєння, неблагополуччя. Ці люди стають несприйнятливими до критики, не піддаються переконанням. Їх висновки підпорядковані емоційному стану і спрямовані на витіснення із свідомості реальної ситуації, на блокування критичного ставлення до себе. Бажання штучної зміни свого психічного стану стає настільки сильним, що проблеми оточуючих, включаючи найближчих людей, втрачають будь-яке значення	Комплексна оцінка потреб людини проводиться здебільшого за епізодичної участі особи; терміни проведення оцінки скорочуються у зв'язку з динамічним розвитком залежності та можливими загрозами для членів сім'ї з боку залежної особи; випадок може класифікуватися як складний (рідше – середньої складності); рішення щодо укладання договору про надання соціальних послуг може бути прийнято лише після відповідної рекомендації нарколога, психіатра. Взаємодію з особою доцільно планувати за участі інших фахівців, членів родини з метою гарантування власної безпеки, а також засвідчення результатів співпраці

Етап залежності	Характеристика етапу	Рекомендації щодо планування взаємодії з отримувачем соціальних послуг
4. Повне домінування залежної поведінки	Особисте «Я» зруйноване. ПАР припиняють приносити задоволення, вони вживаються для того, щоб уникнути страждання або болю. Це супроводжується значними змінами особистості, можуть бути психічні розлади. Відбувається повне занурення у процес залежності, остаточне відчуження й ізоляція від суспільства. Контакти з людьми вкрай утруднені. На цій стадії довіра до залежних вже втрачена, їх починають сприймати як осіб, з якими неможливо продовжувати стосунки	Випадок класифікується як важкий або екстремний. План тривалого соціального супроводу з великою ймовірністю розроблятиметься і для членів сім'ї залежного. Для залежної особи плануються заходи щодо лікування та реабілітації
5. Руйнація особистості	Відбувається остаточне руйнування особистості. На завершальному етапі залежні люди часто порушують суспільний порядок, вимагають гроші, здійснюють крадіжки. Завжди існує ризик суїцидальної поведінки, основні мотиви якої – відчай, безвихідь, самотність, ізоляція від світу. Можливі емоційні зриви: агресія, лють, які змінюються депресивними станами. Характерний стан – апатія і пригніченість. З такими людьми майже неможливо налагодити емоційний контакт. Настає період загальної кризи, спустошення, що значно утруднює надання допомоги або робить її неможливою	Випадок класифікується як екстремний. Члени сім'ї залежного напевне також потребують лікування та реабілітації. Для супроводу утворюється міждисциплінарна команда. Насамперед оцінюється безпека життя і здоров'я членів сім'ї залежної особи. Фахівці не повинні залишатися із залежною людиною на самоті; мають бути вжиті заходи для гарантування власної безпеки

Характерною особливістю залежної від вживання ПАР поведінки є її **циклічність**, розуміння якої також допоможе надавачу послуги обрати адекватні форми і методи взаємодії із залежною особою. До одного циклу належать наведені нижче фази, які можуть бути різними за тривалістю відповідно до стадії сформованої залежності (рис. 8):

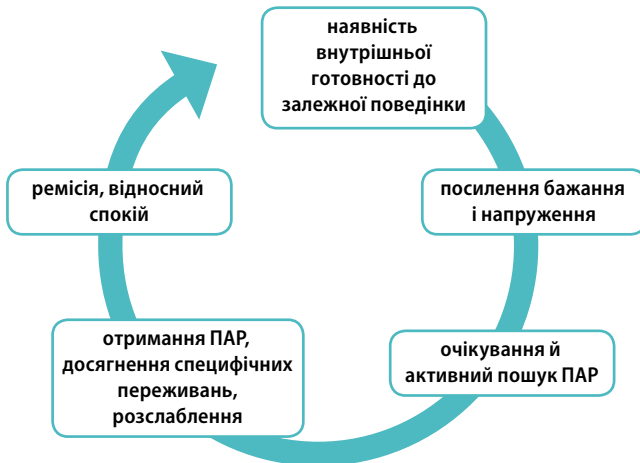


Рис. 8. Цикл залежної від вживання ПАР поведінки

Як експрес-метод для діагностики стадії залежності від ПАР можна використати метод CAGE (в англійській мові кожна літера відповідає ключовому слову одного із запитань), так званий опитувальник, що дає змогу дізнатися, чи вживання ПАР є проблемою, яка потребує втручання. Наводимо запитання опитувальника:

1. Ви намагалися зменшити вживання алкоголю чи наркотиків?
2. Вас приводили у гнівний стан коментарі й оцінки оточуючих з приводу вживання вами алкоголю чи наркотиків?
3. Ви відчували коли-небудь почуття провини за вживання алкоголю чи наркотиків?
4. Ви починали колись свій день із вживання алкоголю чи наркотиків?

Відповідь людини «так» на два запитання і більше свідчить про серйозні проблеми із вживанням ПАР. Навіть одна позитивна відповідь розглядається як привід для занепокоєння і проведення більш детальної оцінки проблеми.

На що слід зважати під час планування діяльності?

ФСР/соціальний працівник має чітко розуміти, що у нього немає мети вилікувати, наприклад, від алкоголізму, будь-кого із членів родини. Для цього є спеціальні установи, спеціалісти, програми тощо, рекомендація звернутися до яких може бути внесена у план соціального супроводу (якщо випадок не має екстреного характеру).

Акцент у соціальній роботі має робитися на **пошуку причин дисфункційності родини та їх подоланні**. Здебільшого, у вирішенні своїх основних проблем, покращенні внутрішньосімейних психоемоційних зв'язків родина стає здатною вирішити і проблему вживання ПАР одного з її членів (рис. 9).

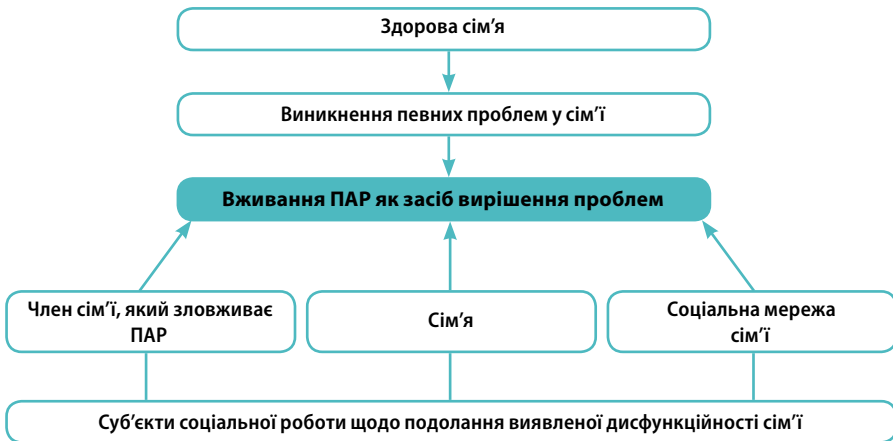


Рис. 9. ПАР як засіб вирішення проблем

3 досвіду роботи

Микола, 22 роки, протягом двох місяців вживає ін'єкційні наркотики. До соціальної служби звернулася бабуся, яка випадково була присутньою при сварці Миколи з матір'ю з приводу значних фінансових витрат у родині. Також жінка розповіла про помітні зміни у поведінці онука, його часті афективні стани.

Родину було взято під соціальний супровід. У процесі комплексної оцінки з'ясовано, що хлопець не зміг пережити втрату батька, який пішов з життя вісім місяців тому. З батьком у нього був тісний емоційний зв'язок, крім того батько забезпечував безтурботне та безбідне життя хлопцеві, незважаючи на невдоволення матері. Окрім медичної допомоги, у план соціального супроводу було додано психотерапевтичні заходи, у тому числі за участі матері, що допомогло Миколі прийняти втрату та налагодити взаємини з матір'ю.

Ефективним методом зарекомендувало себе у практиці соціальної роботи з проблемою зловживання ПАР залучення ресурсів соціальної мережі. Вивчаючи оточення родини, важливо знайти ті елементи і зв'язки, які:

- мають яскраво виражену негативну установку на вживання ПАР;
- чинять вплив на родину і члена родини, який зловживає ПАР;
- знають, як можна, змінюючи поведінку родини, досягнути змін, за яких у ПАР не буде потреби (наприклад, оточити сім'ю тими елементами соціальної мережі, які негативно ставляться до алкоголю, наркотиків, ізолювати сім'ю від тих контактів, які провокують вживання міцних напоїв, наркотичних речовин).

3 досвіду роботи

Андрій, 34 роки, одружений, двоє дітей, має проблеми з алкозалежністю, у стані сп'яніння проявляє агресію, б'є членів родини. Після звернення до соціальних служб працівників освітнього закладу, які помітили побої дітей, родина перебуває під соціальним супроводом.

Під час вивчення мережі соціальних контактів сім'ї було виявлено впливову для Андрія особу – його матір, яка проживає у Росії. Андрій, погрожуючи силою, заборонив рідним повідомляти батькам про свої проблеми, стверджуючи, що вирішить їх самостійно.

Організований приїзд матері та її тимчасове проживання у родині (близько трьох місяців) дав змогу вирішити проблему із лікуванням Андрія від залежності (до цього він уперто не давав згоди) та цілу низку внутрішньосімейних труднощів.

У разі виявлення проблеми стигматизації людини, яка вживає ПАР, до плану соціального супроводу варто внести:

- надання (або самостійне отримання особою) правдивої інформації про небезпеки вживання ПАР та особливості перебігу захворювань, які вони викликають;
- роботу психолога щодо усвідомлення міфів і суспільних норм, які призводять до стигматизації, та їх розвінчання;
- демонстрація толерантного ставлення до людей, які вживають ПАР, як зразок «нормальної» поведінки.

Крім того, при спілкуванні з особою, залежною від ПАР, ФСР/соціальний працівник має уникати таких термінів, в «наркозалежні люди», «наркомани», «ал-

коголіки». Краще говорити про «людей з проблемами, пов'язаними зі вживанням алкоголю чи наркотиків». Це підкреслить, що проблема полягає у вживанні людиною речовини і її можна вирішити, а також дасть змогу переконати отримувача послуг у тому, що спеціаліст розуміє його складну ситуацію і готовий допомогти подолати її.

Діти у сім'ях, де хтось вживає ПАР, беззаперечно, потребують особливої уваги та турботи щодо забезпечення їх прав і потреб. Крім того, вони перебувають у зоні ризику також стати споживачами таких речовин. Серед ряду інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям і фізичною безпекою, у родині, в якій батьки зловживають ПАР, діти засвоюють дезадаптивні форми поведінки та певні рольові позиції. У разі закріплення цих ролей їх поведінка стає негнучкою, вони відчувають труднощі адаптації до життєвих ситуацій. Тому ФСР/соціальному працівнику важливо при перших контактах з такими дітьми допомогти їм відчути безпеку, небайдужість, турботу, без оцінного прийняття їх та їхнього життя таким, як воно є. Додатково можна ознайомитися із матеріалами додатку 2, в якому надано рекомендації щодо ефективної взаємодії з дітьми із сімей споживачів ПАР.

Плануючи перелік послуг конкретній родині з дітьми, в якій є особа (особи), залежна (і) від вживання ПАР, також слід врахувати зазначені нижче дитячі потреби більш загального характеру:

- таких дітей слід ненав'язливо оточити турботою та увагою, зважаючи на їх психологічну вразливість;
- уникати необережних зауважень, нетактовностей, виразів жалю;
- подбати, щоб вони мали справи за своїми уподобаннями (заняття в гуртках, секціях);
- допомогти посісти належне місце в колективі класу (дати цікаве, відповідальне доручення, допомогти потоваришувати з однокласниками);
- сприяти організації змістовного дозвілля у період свят і канікул;
- стежити за успішністю у навчанні;
- звертати увагу на якість харчування, наявність сезонного одягу тощо.

Крім того, ФСР/соціальний працівник має усвідомлювати та враховувати під час планування соціальних послуг особливості функціонування родини, в якій виявлено проблему вживання ПАР, наприклад пияцтво чоловіка³⁰. Зокрема, на стадії побутового пияцтва дружина, зазвичай, розуміє, що він п'є забагато. І якщо вона, розуміючи небезпеку ситуації, не вдалася до рішучих дій щодо змін (через особистісні особливості, необізнаність стосовно ознак алкоголізму, сподівань, що «якось все само вирішиться» тощо), спеціаліст може припустити наявність **співзалежності** жінки. Це означає, що дружина не може об'єктивно оцінювати ситуацію та поведінку чоловіка, ті загрози, які він становить для здоров'я і розвитку дітей.

³⁰ Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків : навч.-метод. посіб. / Вінда О. В., Капська А. І., Коструб О. П. та ін. – К. : Ніка-Центр, 2002. – С. 65-66.

Як свідчать дослідження, більшість жінок не розуміють, що алкоголізм чоловіка часто пов'язаний і з їх поведінкою, що вони здатні допомогти чоловіку у лікуванні та реабілітації; деякі уперто не визнають хворобливого характеру пристрасті чоловіка до спиртного, відмовляються від необхідності змін життєвих установок сім'ї (відмова всієї родини від алкоголю, розрив стосунків з «друзями», які вживають алкоголь, необхідність зміни стилю сімейних взаємин тощо). Така позиція жінки може стати серйозною перешкодою у подоланні складних життєвих обставин родини, а тому має бути виявлена якомога раніше.

Для цього може бути використаний опитувальник щодо визначення співзалежності (додаток 7.3.).

Деякі поведінкові та вербальні прояви членів родини можуть свідчити про їх співзалежність (наведено у порівнянні з поведінкою залежного члена родини) (табл. 10):

Таблиця 10. Ознаки залежності від вживання психоактивних речовин

Ознака залежності від вживання ПАР	Характеристика поведінкових, вербальних проявів членів сім'ї, де є особа, котра вживає ПАР	Характеристика поведінкових, вербальних проявів залежної від вживання ПАР особи
Охоплення свідомості об'єктом пристрасті (ПАР)	У свідомості домінує думка про близьку людину, яка страждає від залежності	У свідомості домінує думка про ПАР
Втрата контролю	Втрачається контроль над поведінкою залежного і над власними почуттями, емоціями, згодом – над своїм життям	Втрачається контроль за кількістю ПАР, що вживаються, над життєвими ситуаціями, життям загалом
Заперечення, проекція	Характерні такі твердження: «У мене немає проблем», «Проблеми у мого сина», «Потрібно лікувати їх, а не мене», «А, можливо, він не алкоголік (наркоман)?» і т. п.	«Я не алкоголік, я п'ю мало», «Я вживаю лише слабоалкогольні напої, а від них нічого не буває», «Я не наркоман, захочу – покину» і т. п.
Різні форми психологічного захисту	«У нього погані друзі», «Це життя його довело», «Він не наркоман, він лише спробував», «Хто ж йому допоможе, захистить, якщо не я?», «В неї слабкий характер» і т. п.	«Я не міг відмовити», «Вони мене примусили», «Наступного разу не буду», «Скоро покину», «Вже два дні не вживаю» і т. п.
Агресія	Фізична і вербальна	Фізична і вербальна
Домінуючі почуття	Душевний біль, почуття провини, страх, сором, злість і лють	Душевний біль, почуття провини, страх, сором, ненависть у випадку відмови
Зростання здатності переносити більші дози ПАР і витривалість (толерантності до ПАР)	Зростає витривалість до емоційного болю	Збільшується здатність переносити все більші дози ПАР

Ознака залежності від вживання ПАР	Характеристика поведінкових, вербальних проявів членів сім'ї, де є особа, котра вживає ПАР	Характеристика поведінкових, вербальних проявів залежної від вживання ПАР особи
Абстинентний синдром, «ломка»	Розірвавши стосунки із залежною людиною, вступає у нові деструктивні взаємини	Для полегшення стану потребує все більших доз ПАР
Фізичне здоров'я	Головний біль, психосоматичні захворювання, безсоння, хвороби серця, шлунку, нервової системи	Хвороби основних органів, нервової системи, психічні зміни
Самооцінка	Знижується, припускає саморуйнівальну поведінку	Низька, припускає саморуйнівальну поведінку
Супровідна залежність від інших речовин	Окрім залежності від життя хворого, може бути залежність від тютюну, ліків, алкоголю тощо	Залежність від алкоголю, наркотиків може поєднуватися із залежністю від транквілізаторів, азартних ігор, екстремальних розваг тощо
Ставлення до лікування	Нерідко відмова від допомоги, відсутність віри в лікування	Часто відмова від допомоги, відсутність віри в одужання
Взаємини з іншими	Відчуженість, замкненість, ізоляція	Відчуженість, замкненість, ізоляція
Моральні принципи	Зневіра, самообман, брехня	Нівелювання моральних цінностей, брехня, обман
Батьківська родина	Образи на родичів, батьків, необґрунтовані вимоги, сварки	Образи на батьків та інших членів родини, необґрунтовані вимоги, претензії, сварки, скандали
Типові емоційні реакції	Поступова втрата контролю над емоціями, неадекватність їх прояву	Втрата контролю над емоціями, неадекватність їх прояву, депресивні стани
Умови одужання	Відсторонення від залежної людини, з якою є тривалі стосунки, знання ознак співзалежності, тривала реабілітація	Відмова від вживання ПАР, інших залежностей, знання ознак хвороби і її перебігу, тривала реабілітація

З наведених характеристик зрозуміло, що **співзалежність** – це схильність людини часто:

- висловлювати обтяженість відносинами із залежним;
- передбачати та висловлювати негативний або малоефективний результат тієї діяльності, яка залежить від неї;
- давати негативну оцінку результатів своєї діяльності незалежно від її об'єктивного успіху;
- висловлювати стосовно себе суб'єктивно неприємні характеристики;
- ставитись з неприйняттям до позитивних зовнішніх оцінок;
- невмотивовано прагнути допомагати іншим.

З часом модифікація поведінки і свідомості у разі співзалежності набуває тотального характеру, і людина змінюється на таких рівнях:

- мотиваційному (свої потреби співзалежний адаптує до потреб залежного);
- емоційному (обмеження власних емоцій, утруднене розуміння емоцій інших, неможливість відкритого вираження почуттів; домінують почуття провини за дії залежного, неминучості стосунків, страх бути покинутим, тривога, гнів, розпач);
- когнітивному (з'являються установки, спрямовані на підтримку залежних стосунків, на створення перешкод для особистих кордонів: «Я егоїст, якщо хочу керувати своїм життям», «Мої потреби не такі вже й важливі», «Я відповідальний за інших людей», «Якщо щось не так – це моя вина»). Поведінковому (поєднує два полюси: домінування та підлеглість. Домінування проявляється у спробах контролювати залежного, що може супроводжуватися агресією та маніпуляціями, у жорсткій позиції неприйняття стану залежного. Підлеглість виявляється у зниженій самооцінці, почутті провини, низькій самоповазі, у підкоренні обставинам через виснаженість особистісних ресурсів)³¹.

Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?

До плану соціальних послуг сім'ям, в яких є особи із залежністю від ПАР, а також безпосередньо цим особам можуть бути внесені надані нижче наведені послуги та заходи.

Інформування про негативний вплив ПАР на здоров'я людини; про суб'єктів, які надають соціальні послуги, та направлення до них.

Мотивація до самопомоги. Формування у членів сім'ї (особи), які вживають ПАР, мотивації до самостійної зміни поведінки. Людина, яка усвідомлює наявність проблеми із вживанням ПАР, може бути спрямована на самостійне вивчення причин і наслідків, способів припинення або зниження вживання ПАР, планування свого майбутнього тощо.

Відвідування груп взаємопідтримки (АА – «анонімні алкоголіки» та АН – «анонімні наркомани»). Сприяння залученню членів сім'ї (особи) до програм медико-соціальної реабілітації та до роботи у групах взаємопідтримки, оскільки вони мають потужний ефект завдяки наданню ресурсу залежній особі тривалий час, особливо у «зламні» моменти. Навіть якщо призначено курс лікування, надавачу послуги варто наполягти на відвіданні такої групи.

³¹ Ніконова О. Ю. Діагностика співзалежності у роботі психолога-практика / О. Ю. Ніконова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2011. – Вип. 38. – С. 73-83.

Заходи щодо пом'якшення наслідків вживання ПАР. Інколи для залежних від ПАР осіб завдання одразу припинити їх вживання виявляється недосяжним (найчастіше – через неготовність або небажання таких змін). Цим особам можна запропонувати пройти навчання щодо зниження шкоди від ПАР (навчитися вживати наркотики так, щоб зменшити ризики настання негативних наслідків, розпізнавати симптоми передозування, надавати собі першу медичну допомогу тощо); забезпечити ін'єкційним користувачам наркотиків доступ до одноразових шприців (для зниження ризику поширення ВІЛ, гепатиту С), скерувавши таких осіб до відповідних організацій; організувати консультацію щодо можливості/доречності залучення до програм замісної підтримувальної терапії (так звана «заміна наркотика»; проте до таких програм можуть бути залучені лише споживачі опіатів, які мають великий досвід вживання та неодноразові спроби лікування, ВІЛ-інфекцію та/або туберкульоз); забезпечити базові потреби (харчування, місце для ночівлі, медичний догляд).

Мотивування до лікування залежності та реабілітації. Може бути реалізовано через надання особі відповідної інформації (усно, буклетів, брошур), перенаправлення її до відповідних організацій, які надають такі послуги. Загалом ФСР/соціальний працівник має орієнтуватися, що людині можуть бути запропоновані комунітарні (надаються в амбулаторному порядку, коли особа приходить самостійно до лікаря) та стаціонарні послуги лікування. Кожна медична установа має свою методику лікування та реабілітації, про яку варто дізнатися (хоча б загальні речі), перш ніж пропонувати туди звернутися. Акцентуючи увагу залежної особи та членів її сім'ї на обов'язковому етапі реабілітації, варто докладно пояснити, що вона буде спрямована на відновлення навичок соціальної адаптації, укріплення протинаркотичної стійкості, якостей самозбереження, насамперед здатності до повноцінної життєдіяльності, що може потребувати тривалого часу.

Індивідуальне або групове консультування психолога, психотерапевта. Направлення особи, яка вживає ПАР, та членів сім'ї на консультацію до фахівця, який працює з означеними проблемами, може допомогти у підвищенні рівня поінформованості про наслідки вживання ПАР, про заходи, які вони можуть вжити самостійно для зниження залежності; в усвідомленні того, як впливає залежність на поведінку, на здоров'я близьких та взаємини з ними; у набутті доброго психоемоційного стану, розвитку навичок здорового способу життя, формуванні готовності та навичок користуватися медичними послугами; у знаходженні можливостей для конструктивного спілкування, самостійного зняття стресових станів тощо.

Заходи щодо соціальної реінтеграції. Серед послуг, які може запропонувати надавач на етапі соціальної реінтеграції споживачів ПАР, можуть бути такі: консультування (щодо планування життя, побудови перспектив; підвищення правової обізнаності тощо), допомога у працевлаштуванні або навчанні, сприяння у відновленні документів, отриманні житла, залучення до профілактичних і просвітницьких програм, в яких розвиваються навички

самозбереження, соціалізації, відповідальної поведінки тощо, до волонтерських програм і заходів.

Також можуть бути запропоновані заходи:

- щодо психологічної реабілітації членів сім'ї відповідно до виявлених потреб, допомога у їх лікуванні (подолання співзалежності, участь у відповідних групах взаємодопомоги: АЛ-АНОН – групи для родичів залежних та АЛ-АТІН – групи для дітей залежних);
- з мотивування до діагностики й лікування супутніх хвороб, турботи про власне здоров'я та здоров'я своїх дітей, забезпечення підтримки з боку найближчого оточення;
- направлення на курси, заняття з підвищення батьківської компетентності, з формування навичок здорового способу життя;
- пошук підтримки у період лікування та реабілітації у мережі соціальних контактів, корекція цієї мережі за необхідності (обмеження спілкування з особами та групами, які провокують до вживання ПАР, є джерелом стигматизації і т. ін.);
- забезпечення зайнятості дітей у позаурочний час в гуртках, секціях.

Коли особа вирішила переглянути порядок, інтенсивність вживання ПАР, залежно від її стану, готовності родини до змін та підтримки, можуть бути обрані такі варіанти:

- утриматися (повністю виключити вживання ПАР);
- скоротити вживання ПАР;
- відмовитися від одного стимулятора, але продовжувати приймати інший (наприклад, відмовитися від алкоголю, але продовжувати вживати марихуану);
- знизити шкоду від вживання речовин (наприклад, не відмовлятися повністю від алкоголю, але не пити за кермом).

Таким чином отримувачі послуг набудуть успішного досвіду подолання залежності. Адже в будь-якому разі відновний процес передбачає серію великих кроків, завдяки яким люди беруть під контроль вживання ПАР, набувають впевненості у своїх силах, віри у можливість подолати проблему, стають більш відповідальними.

Жодне лікування не дає повну гарантію успіху. Щоб стати здоровими, слід навчитися вірити в себе, бути готовими боротися за досягнення мети і зробити для цього все можливе. На це потрібні час і підтримка. Тому створення підтримувального середовища для людей, які намагаються змінити свою залежну поведінку, є одним із ключових напрямів соціальної роботи.

Які основні рекомендації щодо роботи із сім'ями, в яких є особи, залежні від психоактивних речовин?

1. ФСР/соціальний працівник, що надає соціальні послуги сім'ям, яких торкнулась проблема вживання ПАР, має знати про можливі фактори ризику, причини і стадії формування залежної поведінки, орієнтуватися в ознаках, за якими можна виявити залежну від ПАР особу, яка дасть змогу скласти максимально ефективний план соціального супроводу.

2. ФСР/соціальний працівник має враховувати, чи визнає особа, яка вживає ПАР, та члени її родини наявну залежність проблемою. При цьому також береться до уваги, наскільки ізольований від суспільства спосіб життя веде родина. Такі показники важливі для гарантування безпеки життя і здоров'я дітей, навіть у разі, якщо саме вони є споживачами ПАР, та вжиття своєчасних заходів щодо надання родині необхідної допомоги у задоволенні її потреб. Також це є індикатором наявності значно ширшої палітри проблем, пов'язаних із дисфункційністю такої сім'ї.

3. У роботі з сім'ями, де є залежні від ПАР особи, важливим є питання особистої безпеки ФСР/соціального працівника. Тож необхідним є грамотне планування зустрічей із родиною (зважаючи на циклічність залежної поведінки, стадії її сформованості, наявність співзалежних осіб у родині).

4. У процесі ведення випадку доцільно залучати впливових осіб із мережі соціальних контактів родини (із числа родичів, друзів, колег та інших). Варто звертати увагу на соціальне оточення особи, яка вживає ПАР, її родини та їх спосіб життя. Нерідко зміна цих структурних елементів на краще призводить до здатності родини самостійно віднайти ресурси для вирішення проблеми із вживання ПАР.

5. Особливості роботи з сім'єю, яка має проблему вживання ПАР, залежать від того, хто саме є залежним: батьки або діти (зокрема, неповнолітні). У разі дитячої залежності соціальна робота проводиться за двома пріоритетними напрямками: 1) допомога дитині подолати проблему вживання і особистісні причини, що до неї призвели; 2) допомога батькам, родині стати підтримувальним середовищем для цієї дитини на всіх етапах подолання залежності, нормалізація стосунків у сім'ї, адже часто проблемність дитячо-батьківських стосунків є однією з причин залучення дитини до вживання ПАР. У разі залежності одного або обох батьків особливий акцент робиться на відстеженні стану фізичного та психічного здоров'я дітей, гарантуванні їх безпеки; на пошуку найбільш ефективних способів подолання залежності (від самопомоги до лікування та реабілітації) та поверненні особи й усієї родини до нормальної життєдіяльності.

6. Важливо врахувати можливу наявність співзалежних осіб у родині споживача ПАР, що може стати серйозною перешкодою у подоланні складних життєвих обставин сім'ї. Проте вчасне виявлення таких осіб та надання їм допомоги у виході зі стану співзалежності дає змогу відновити як життєві ресурси самої співзалежної особи, так і родини загалом.

Список використаних джерел

1. Жидко М. Є. Особистісні чинники формування відносин подружньої співзалежності у чоловіків / Наукові записки інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України : в 4 т. – К., 2005. – Т. 2, вип. 26. – С. 71-76.
2. Кочубей А. Азбука семьи или практика работы с семьями : учеб.-метод. пособие / А. Кочубей, Н. Умарова. – Псков : ПОИПКРО, 2004. – 152 с.
3. Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації (за даними 2014 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні / уклад. Пінчук І. Я., Шум С. С. та ін. – К., 2015. – 196 с.
4. Ніконова О. Ю. Діагностика співзалежності у роботі психолога-практика / О. Ю. Ніконова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2011. – Вип. 38. – С. 73-83.
5. Ориентационное пособие ВОЗ, Модуль К «Молодые люди и потребление психоактивных веществ».
6. Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ: Книга для участника : учебно-методическое пособие / [Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В.]; под общ. ред. Т. В. Журавель. – К. : ПЦ «Фолиант», 2012. – 228 с.
7. Профілактика вживання наркотиків серед учнівської та студентської молоді : методичний посібник // Журавель Т. В., Самусь В. В., Сергеева К. В., Соловйова О. Д., Строева Н. М. ; за ред. Т. В. Журавель. – К. : ФОП Буря, 2014. – 96 с.
8. Сімейно орієнтована соціальна робота: практичні аспекти : конспект лекцій / за заг. ред. В. О. Кузьмінського, С. С. Лукашова. – К. : Молодь, 2010. – 128 с.
9. Трушников Д. Ю. Психология манипуляции : методические указания для студентов всех специальностей очной, очной вечерней и заочной форм обучения / Д. Ю. Трушников. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2008. – 30 с.
10. Усова Е. Б. Психология девиантного поведения : учеб.-метод. комплекс / Е. Б. Усова. – Минск : Изд-во МИУ, 2010. – 180 с.
11. Учебное пособие по начальной подготовке коммуитарных социальных ассистентов. – Кишинэу, 2009. – 286 с.
12. Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків : навч.-метод. посіб. / Вінда О. В., Капська А. Й., Коструб О. П. та ін. – К. : Ніка-Центр, 2002. – 280 с.
13. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти : посібник для проведення тренінгу. – К., 2010. – 120 с.
14. Яковлев В. А. Клиническая психология : учеб. пособие / В. А. Яковлев. – М.: МГГУ ім. М. А. Шолохова, 2009.

Список рекомендованих джерел

1. Аутрич-робота среди потребителей инъекционных наркотиков : тренинговое руководство / Н. Киценко, А. Волик, Л. Шульга, М. Брага. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2010. – 82 с.
2. Балакірева О. М. Стан та чинники здоров'я українських підлітків / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2011. – 172 с.
3. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. – М. , 2001. – 192 с.
4. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости / М. Битти. – М. : Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
5. Воробьева Т. В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ: руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска / Т. В. Воробьева, А. В. Ялтонская. – М. : УНП ООН, 2008. – 70 с.
6. Деминда Е. Индивидуальное консультирование наркозависимых / Е. Деминда, Дж. В. Мерсер. – Одесса, 2001. – 228 с.
7. Інновації у соціальних службах: навч.-метод. посіб./ Семігіна Т. В., Покладова В. В., Грига І. М. та ін. – К. : Університетське видавництво «Пulsари», 2002. – 168 с.
8. Кольцова О. В. Психология работы с наркозависимыми / О. В. Кольцова. – СПб. : Речь, 2007. – 160 с.
9. Комплексна реабілітація дитини: стратегія, технології, перспективи / редкол.: С. О. Новік (голова), І. Г. Єрмаков, Л. І. Немоловська та ін. – К. : Студія сучасної соціальної реклами, 2003. – 190 с.
10. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пос. / В. Д. Менделевич. – СПб. : Речь, 2005. – 445 с.
11. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу : методичні рекомендації. – К., 2008. – 179 с.
12. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: навч.-метод. посіб. / під ред. Н. В. Бурлаки. – К. : Герб, 2008. – 224 с.
13. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи : навч. посіб. / В. М. Шахрай. – К.: Центр навчальної літератури. – 2006. – 464 с.

Додаток 7.1.

Фактори ризику формування у дітей, підлітків та молоді залежної від вживання ПАР поведінки

Фактори ризику формування у дітей, підлітків та молоді залежної від вживання ПАР поведінки можна визначити за п'ятьма рівнями: особистість, сім'я, однокласники, школа, суспільство. Водночас захисні механізми на кожному з цих рівнів мають не дозволити факторам ризику «спрацювати» та підсилити особистісний потенціал підлітка/молодої людини, щоб зробити її стійкою до зовнішніх негативних впливів³².

а) РІВЕНЬ «ОСОБИСТІТЬ»

Фактори ризику

Біологічні фактори:

- ступінь початкової толерантності (*стійкості організму до певних видів ПАР*);
- спадковість;
- патологія вагітності матері, ускладнені пологи (*довготривалі, з родовими травмами, гіпоксією дитини тощо*);
- стан здоров'я (*діти та молодь з ослабленим здоров'ям та імунітетом, а також із психосоматичними відхиленнями набагато легше піддаються наркотизації, у них швидше формується залежність. З іншого боку, вони частіше не витримують навантаженого навантаження і не в змозі повністю засвоїти матеріал, мають погану успішність, що призводить до виникнення конфліктів, зростання нервового навантаження, що може спровокувати вживання ПАР*);
- органічні ураження головного мозку (*впливають на психоемоційний стан, знижують здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам навколишнього середовища, що може підштовхнути до адиктивної поведінки і, як наслідок, – залежності*).

Психологічні фактори:

- тип акцентуації характеру особистості (*не лише впливає на виникнення девіації, а й визначає перевагу вибору психоактивної речовини. Наприклад, епілептоїдний тип проявляє особливу зацікавленість до галюциногенів та інгалентів, істероїдний – до транквілізаторів, шизоїдний – до опіїдних препаратів і гашишу. Спостерігається також схильність до адиктивної поведінки підлітків з нестійкими, гіпертичними, циклоїдними типами акцентуацій характеру*);
- підлітковий вік (*сам по собі є ризикованим щодо різних експериментів, у тому числі – з ПАР. Підліткова реакція емансипації від дорослих і групування з ровесниками, а також потреба в ризику та експериментах часто змушують підлітка втрачати контроль над своєю поведінкою*);
- низький рівень або несформованість мотиваційної сфери;
- низька самооцінка;
- емоційна незрілість;

³² Профілактика вживання наркотиків серед учнівської та студентської молоді : методичний посібник // Журавель Т. В., Самусь В. В., Сергеева К. В., Соловйова О. Д., Строева Н. М. ; за ред. Т. В. Журавель. – К. : ФО-П Буря, 2014. – 96 с.

- розгальмування, низький рівень самоконтролю;
- низька стресостійкість;
- недостатня сформованість комунікативних навичок, особливо виходу з конфліктних, психологічно складних ситуацій;
- невміння прогнозувати наслідки своїх дій;
- привабливість можливих відчуттів і переживань при вживанні ПАР.

Захисні механізми:

- повна освіченість щодо ПАР та наслідків їх вживання;
- знання своїх психологічних особливостей;
- розвиток мотиваційної сфери;
- стійкість емоційної сфери;
- духовний розвиток;
- ведення здорового способу життя;
- активна суспільна позиція;
- вміння долати конфліктні, психологічно складні ситуації;
- надання своєчасної підтримки психологічно вразливим і фізично слабким підліткам, молодим людям з боку батьків і фахівців;
- задоволення потреб підлітків і молодих людей під час ризику іншими способами (наприклад, ризик саморозкриття відображається в особистісно-орієнтованих та соціально-психологічних тренінгах, фізичний ризик – в заняттях спортом (брейк-данс, паркур, альпінізм) та сучасними видами мистецтв (графіті).

б) РІВЕНЬ «СІМ'Я»

Фактори ризику:

- вживання ПАР батьками, членами сім'ї (*діти, народженні або виховані в сім'ях із традицією вживання ПАР, перебувають у більшому ризику розпочати їх вживати. Чим більше членів сім'ї вживають ПАР, тим вищий ризик*);
- соціальна ізольованість сім'ї;
- незадовільні житлові умови;
- безробіття батьків, бідність;
- заможність, зовнішнє благополуччя сім'ї (*часто супроводжуються заклопотаністю батьків своїм соціальним становищем, напруженістю, тривожністю, конфліктами, що нерідко виникають у стосунках між батьками, створюють неблагополучну атмосферу у сім'ї, яка не може не відобразитися на психологічному стані підлітка*);
- конфлікти в сім'ї, жорстоке ставлення до дітей;
- непослідовність у вихованні (*в сім'ях, де батьки не встановлюють чітких норм поведінки, або ж де дисциплінарна практика надмірно сувора і непослідовна, підлітки піддаються більшому ризику скоєння правопорушень і частого вживання ПАР, ніж у родинах з ustalеними нормами виховання*);
- часті зміни місця проживання сім'ї (*мають негативний вплив, оскільки постійно виникає необхідність побудови стосунків з новими друзями, сусідами, однокласниками, що нерідко викликає труднощі і проблеми. Чим частіше сім'я переїздить, тим вища небезпека виникнення проблем, пов'язаних із вживанням ПАР у дітей*).

Захисні механізми:

- виконання сім'єю всіх своїх функцій;
- гармонійне виховання дитини, яке задовольняє її потреби;
- чіткі і зрозумілі дитині вимоги до неї;
- приклад відповідальної поведінки і здорового способу життя всіх членів сім'ї;
- взаємопідтримка в сім'ї, довірливі стосунки, які здатні бути фактором попередження потягу дитини до вживання ПАР;
- навчання батьків і дітей способів ефективної міжособистісної взаємодії;
- своєчасне виявлення сімей, в яких існують проблеми, і робота з ними.

в) РІВЕНЬ «ОДНОЛІТКИ»

Фактори ризику:

- приклад негативної поведінки щодо вживання ПАР друзів і однолітків;
- більший авторитет друзів, ніж батьків.

Захисні механізми:

- приклад відповідальної поведінки і здорового способу життя з боку однолітків;
- участь підлітків, молодих людей в соціально активних, позитивно спрямованих організаціях однолітків (об'єднання гайдів, скаутів, волонтерські організації);
- обмеження спілкування з однолітками, які вживають ПАР.

г) РІВЕНЬ «ШКОЛА»

Фактори ризику:

- погана успішність, утиски з боку вчителів і однокласників, шкільна дезадаптація *(починаючи з четвертого, п'ятого і шостого класів, невдачі у навчанні підсилюють ризик зловживання ПАР і ймовірність правопорушень; в учнів молодших класів здатність до соціальної адаптації є більш важливим фактором, який дає змогу прогнозувати ймовірність зловживання ПАР, а також схильність до правопорушень; підлітки, які не сприймають навчальний процес і не прагнуть продовжувати навчання, вступати до ВНЗ, мають більше шансів надати перевагу саме вживанню ПАР);*
- виникнення стресових ситуацій у школі;
- низький рівень шкільної безпеки *(окрім того, на ймовірність вживання ПАР може впливати сусідство зі школою нічних клубів, ресторанів, кафе, продуктових магазинів, ринків, парків й інших місць з низьким контролем над розповсюдженням наркотиків та алкоголю).*

Захисні механізми:

- забезпечення високого рівня безпеки тих, хто навчається у школах, відсутність доступу до школи сторонніх;
- здійснення контролю за поведінкою учнів з боку школи, чіткі і зрозумілі норми шкільної поведінки, які виховуються з першого класу;
- різноманітні шкільні заходи і залучення до них усіх учнів;
- усвідомлена участь батьків у житті школи;
- проведення систематичних комплексних профілактичних програм;
- раннє виявлення підлітків, які вживають ПАР;

- співпраця школи з поліцією, неурядовими організаціями (*реалізація спільних профілактичних програм, організація роботи з підлітками, які мають фактори ризику до вживання ПАР, які перебувають на етапі наркотизації, а також – які хворіють на наркоманію чи алкоголізм*).

д) РІВЕНЬ «СУСПІЛЬСТВО»

Фактори ризику:

- економічне/соціальне неблагополуччя, бідність (*будь-які соціально-економічні кризи в суспільстві негативно впливають на соціальну адаптацію молоді, що, у свою чергу, призводить до руйнування системи цінностей, а останнє – провокує вживання ПАР молодими людьми*);
- низький ступінь безпеки у суспільстві, високий рівень злочинності (*райони, що вирізняються високим рівнем злочинності, де часто змінюються мешканці, не сприяють виникненню почуттів єдності та спільності між людьми, які живуть там; неблагополучне сусідство і суспільна необлаштованість часто провокують поширення вживання ПАР серед місцевих підлітків та молоді*);
- доступність ПАР;
- реклама, популяризація ПАР, громадські заходи, спонсорами яких є підприємства тютюнової та алкогольної промисловості (*така пропаганда має маніпулятивний характер, закладає у свідомість молодих людей викривлені життєві цінності, переконує у безпеці вживання алкоголю, тютюну тощо*);
- позитивне або легковажне ставлення оточення до ПАР, що нерідко пов'язано з існуючими міфами типу «від пляшки пива не стають алкоголіками» тощо;
- суперечності й неузгодженість у законодавстві (*наразі склалося досить негативне ставлення до законів і влади загалом, тому існує небезпека ігнорування законів як вияв протесту проти існуючої політичної та економічної ситуації в країні; також важливим фактором є те, що зміни в законодавстві не завжди стають відомими суспільству, і незнання цих змін може призвести до порушення закону*).

Захисні механізми:

- адекватне законодавство і розроблення механізмів його реалізації; санкції за невиконання закону (*покарання за продаж тютюнових та алкогольних виробів особам, які не досягли віку, визначеного законом, і т. д.*);
- підтримка молоді з боку влади, як на місцевому, так і на державному рівнях (*спортивні заходи, організація змістовного дозвілля тощо*);
- розроблення комплексних профілактичних програм з чіткою системою моніторингу й оцінкою їх ефективності;
- підтримка державою громадських організацій та проведення спільних програм;
- розповсюдження соціальної реклами;
- заборона реклами тютюнових та алкогольних виробів;
- формування в суспільстві системи цінностей, які є несумісними із вживанням ПАР.

Додаток 7.2.

Рекомендації щодо спілкування і взаємодії з дитиною, батьки якої вживають ПАР

За наведеними нижче ознаками³³ фахівець може виявити, яку роль взяла на себе дитина і, відповідно, більш ефективно визначити її потреби, скорегувати свій стиль спілкування, надати пораду щодо взаємодії з нею іншим фахівцям.

Рольова позиція дитини в сім'ї, де батьки (один із батьків) вживають ПАР	Характеристика рольової позиції	Рекомендації щодо спілкування і взаємодії з дитиною
«Бунтівник» або «жертвний баран»	З такою дитиною важко спілкуватися по-доброму, її вчинки викликають роздратування, гнів, бажання покарати і провчити. Більшість педагогів прагнуть позбутися таких учнів	<p>Спробуйте зрозуміти, що така деструктивна поведінка дитини – це крик про допомогу. Дозвольте собі зізнатися, що вам важко симпатизувати цій дитині, не заперечуйте свої відчуття стосовно неї. Коли дитина починає вас дратувати, висловіть свої емоції щодо її поведінки (а не її самої!) тактовно і обережно. Тобто не переносьте негативну оцінку на особистість. Спробуйте зрозуміти справжні почуття дитини і саме з ними допоможіть їй справитися. Встановіть з дитиною чіткі межі дозволеного та правила поведінки і строго слідкуйте за їх дотриманням.</p> <p>Лаконічно, чітко і ясно вголос промовляйте, що має робити дитина і чому. При цьому уникайте негативних тверджень (замість «Не лайся» скажіть «Вживай, будь ласка, в розмові зі мною тільки ввічливі слова»). При укладанні домовленостей чітко регламентуйте санкції за їх порушення.</p> <p>Довірте дитині якусь відповідальну справу, яка буде їй по силах і допоможе відчутти впевненість у собі та значущість для інших.</p> <p>При кожному контакті з дитиною знайдіть щось конкретне, за що її можна похвалити, позитивно підтримати.</p>
«Клоун», «блязень» або улюбленець сім'ї	Живе подвійним життям: під маскою балагура, легковажного бешкетника приховує свою тугу, біль, образу, страх. Шукає близьку людину, якій можна довіритися, скинути маску, поділитися тим, що хвилює. Здебільшого має низьку самооцінку	<p>Спочатку з такою дитиною краще подружитися, пізнати її, спілкуючись сам на сам. Допоможіть зрозуміти, що не треба приховувати свої справжні почуття і тривоги.</p> <p>Обмежте прояви почуття гумору дитини лише припустимими речами. До ситуацій образи дитини, над якими вона ж глузує, висловіть своє альтернативне бачення (наприклад, «Я вважаю, що в цій ситуації з тобою вчинили недостатньо порядно і на це варто реагувати таким чином...»).</p>

³³ Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків : навч.-метод. посіб. / Вінда О. В., Капська А. Й., Коструб О. П. [та ін.]. – К.: Ніка-Центр, 2002. – 280 с.

Рольова позиція дитини в сім'ї, де батьки (один із батьків) вживають ПАР	Характеристика рольової позиції	Рекомендації щодо спілкування і взаємодії з дитиною
		<p>У спілкуванні уникайте слів «ти повинен, зобов'язаний» (що викликає лише протест і супротив), замінійте їх можливостями для дитини («ти можеш взяти відповідальність за свою поведінку»), що допоможе підняти її самооцінку.</p> <p>При кожному контакті з дитиною виявляйте до неї підкреслено шанобливе, серйозне, доросле ставлення. У разі позитивного виконання якоїсь домовленості обов'язково похваліть її, за можливість у присутності інших значущих людей.</p>
«Загублений»	<p>Поводиться непомітно, в колективі хоче ніби «загубитися», щоб ніхто не звертав на неї уваги. Не має сил переносити важку ситуацію в сім'ї, відходить у світ фантазій, мрій. Занурюється у свої переживання, відчуває ізоляцію від інших людей, страждає від самотності, почуття своєї непотрібності оточуючим</p>	<p>Такій дитині потрібна індивідуальна увага, тому, зустрічаючись з нею, необхідно відкласти всі справи, які могли б завадити спілкуванню, вимкнути мобільний телефон тощо.</p> <p>У запитаннях до дитини має підкреслюватися значення її думки, ставлення, бажання, мрії. Обов'язково при кожній зустрічі потрібно похвалити дитину за щось конкретне у її вчинках, словах, знаннях.</p> <p>Спробуйте створити для неї ситуацію успіху, визнання.</p> <p>У розмові звертайтеся до неї з проханням допомогти вам або членам її родини з вирішенням певної проблеми. Продуктивність аналітичної діяльності і винахідливості цих дітей може здивувати.</p> <p>Спілкуючись з дитиною, якомога частіше називайте її ім'я, прощаючись – подякуйте за спілкування.</p>
«Герой сім'ї», «відповідальний»	<p>Намагається бути постійно ідеальною, «зразково-показовою». Живе на межі своїх можливостей, намагаючись бути дорослим для своєї сім'ї. Не відчуває балансу між «хочу», «можу» і «треба». Перебуває у постійному напруженні. Важко переживає щонайменшу поразку, образу, зауваження</p>	<p>Діалог з такою дитиною краще будувати на рівних, як з дорослим. Водночас спробуйте відволікти її від лише дорослих справ і турбот чимось дитячим, що б відповідало віку.</p> <p>У розмові ставте запитання, які б допомогли і вам, і дитині зрозуміти, що їй хочеться (робити, якою бути), а не що потрібно, вимагається, заплановано. З'ясуйте, які власні інтереси дитина приносить в жертву своїй родині.</p> <p>Обмежуйте домовленості про співпрацю лише тим, що дитина може зробити відповідно до своїх вікових і соціальних можливостей, не зважаючи на те, що вона може прагнути більшого, пояснюйте, що інші члени родини також мають на рівних ділити відповідальність за вирішення сімейних проблем і труднощів.</p> <p>Спілкуючись з дитиною, спробуйте ненав'язливо пояснити, що не всі плани і завдання можуть закінчитися успіхом, що невдачі теж несуть у собі можливість, і їх (невдачі) необхідно навчитися гідно переживати.</p>

Додаток 7.3.

Опитувальник для Визначення алкогольної співзалежності³⁴

Інструкція. На кожне запитання респондент дає відповідь «так» або «ні».

1. Чи непокоїлися Ви з приводу кількості спиртного, яку вживає Ваш чоловік (інший член родини)?
2. Чи є у Вашій сім'ї фінансові проблеми, пов'язані зі зловживанням чоловіка (іншого члена родини) алкоголем?
3. Чи брехали Ви колись для того, щоб приховати пияцтво чоловіка (іншого члена родини)?
4. Чи думаєте Ви, що для Вашого чоловіка (іншого члена родини) алкоголь значить більше, ніж Ви самі?
5. Чи вважаєте Ви, що у проблемі з алкоголем Вашого чоловіка (іншого члена родини) винне його оточення (друзі, співробітники, родичі)?
6. Чи запізнавався Ваш чоловік (інший член родини) додому через вживання алкоголю?
7. Чи погрожували Ви коли-небудь розлученням своєму чоловікові (аналогічною за серйозністю погрозою іншому члену родини), якщо він не припинить зловживати алкоголем?
8. Чи намагаєтеся Ви відчутти запах алкоголю, коли Ваш чоловік (інший член родини) пізно повернувся додому?
9. Чи доводилося Вам уникати суперечок з чоловіком (іншим членом родини) через побоювання викликати в нього бажання випити, щоб «розрядитися» після конфлікту?
10. Чи бувало Вам соромно через непомірне вживання алкоголю Вашим чоловіком (іншим членом родини)?
11. Чи не здається Вам, що вживання алкоголю Вашим чоловіком (іншим членом родини) псує Ваше сімейне життя?
12. Чи бували випадки, коли Ви хотіли викликати поліцію, щоб ті привели «до порядку» п'яного чоловіка (іншого члена родини)?
13. Чи доводилося Вам шукати вдома заховані спиртні напої?
14. Чи думаєте Ви, що якщо чоловік (інший член родини) Вас любить, то вживатиме алкоголь менше?
15. Чи доводилося Вам відмовлятися від запрошення гостей через страх, що Ваш чоловік (інший член родини) нап'ється?
16. Чи є у Вас почуття провини через те, що Ви не можете контролювати зловживання Вашого чоловіка (іншого члена родини) алкоголем?
17. Чи вважаєте Ви, що проблеми у сім'ї не буде, якщо Ваш чоловік (інший член родини) припинить зловживати алкоголем?
18. Чи погрожували Ви коли-небудь самогубством своєму чоловікові (іншому члену родини) через його зловживання алкоголем?

³⁴ Формування навичок здорового способу життя в дітей і підлітків : навч.-метод. посіб. / Вінда О. В., Капська А. Й., Коструб О. П. [та ін.]. – К. : Ніка-Центр, 2002. – 280 с.

19. Чи траплялося, щоб Ви зривали злість на комусь іншому, тому що були засмучені через зловживання алкоголем чоловіка (іншого члена родини)?
20. Чи викликали у Вас колись роздратування такі слова чоловіка (іншого члена родини), як «Пробач мені, це було останній раз» або «Я так люблю тебе, не будемо сваритися»?
21. Чи бувало так, що Ваш чоловік (інший член родини) обіцяв не пити, але протримався всього кілька днів?
22. Чи дратує Вашого чоловіка (іншого члена родини), коли Ви чи інші близькі йому люди (друзі, родичі) говорять про те, що йому слід пити менше?
23. Чи бувало так, що для того, щоб «прийти у себе» вранці Вашому чоловіку (іншому члену родини) було потрібно похмелитися?
24. Чи були у Вашого чоловіка (іншого члена родини) неприємності, пов'язані із зловживанням алкоголем?
25. Чи намагається Ваш чоловік (інший член родини) здобути додаткову порцію алкоголю на вечірках, пікніках тощо, оскільки йому здається, що він випив мало?
26. Чи вважає Ваш чоловік (інший член родини), що він може кинути пити, щойно цього захоче?
27. Чи траплялося Вашому чоловіку (іншому члену родини) прогулювати роботу через те, що він був у стані алкогольного сп'яніння?
28. Чи траплявся хоча б один випадок, коли Ваш чоловік (інший член родини) не міг згадати про те, що з ним було у стані сп'яніння?
29. Чи є Вас почуття, що ніхто на світі не розуміє Ваших труднощів з чоловіком (іншим членом родини)?
30. Згадуючи своє дитинство, чи можете Ви сказати, що принаймні один із Ваших батьків зловживав алкоголем?

Обробка результатів.

1. Якщо Ви відповіли «так» хоча б на 5 запитань, то Вам слід серйозно замислитися про проблему алкоголю у Вашій сім'ї. Спробуйте протягом місяця записувати, скільки разів Ваш чоловік (інший член родини) вживав алкоголь і в якій кількості (хоча б приблизно, судячи про ступінь сп'яніння). Проаналізувавши ці записи, можна визначити, на якому рівні вживання алкоголю перебуває Ваш чоловік (інший член родини).
2. Якщо Ви відповіли «так» на 10-15 запитань, то Ви і Ваша сім'я співзалежні від алкоголю.
3. Якщо Ви відповіли «так» на 25 і більше запитань, то без медичної та психологічної допомоги Ваша сім'я навряд чи зможе позбавитися алкогольної залежності.

РОЗДІЛ

8

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА
ПІДТРИМКА СІМЕЇ, ЯКИХ
ТОРКНУЛАСЬ ПРОБЛЕМА
ВІЛ/СНІДУ**

РОЗДІЛ 8. Соціально-психологічна підтримка сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу

- У чому полягає сутність вразливості сім'ї, якої торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?
- Якими є типові потреби, проблеми та труднощі таких сімей?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо вирішення проблем/підтримки сім'ї з дітьми?
- Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?
- Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?
- Якими є особливості проведення оцінки потреб сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?
- Як здійснюється планування роботи?
- Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?
- Які форми доцільно використовувати у процесі соціально-психологічної підтримки сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?
- Якими є критерії закриття випадку?
- Якими є основні рекомендації щодо роботи з сім'ями, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?

Додаток 8.1. Основні завдання провідних надавачів послуг сім'ям, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, та ЛЖВ

Додаток 8.2. Скринінг-анкета щодо ризику наявності туберкульозу (ТБ)

- Соціальна історія
- Ефективна модель соціально-психологічного супроводу дітей віком від 6 до 16 років та їх сімей на всіх етапах розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині

У чому полягає сутність Вразливості сім'ї, якої торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?

Наразі поширення ВІЛ-інфекції лишається однією з найактуальніших соціальних проблем. У світі немає жодної країни, якої б вона не торкнулася, а кількість ВІЛ-інфікованих осіб дедалі збільшується. Україна також перебуває в ситуації епідемії ВІЛ-інфекції, при цьому, за оцінками експертів, лише кожен другий українець знає про свій ВІЛ-позитивний статус.



ВІЛ – це вірус імунodefіциту людини, який потрапляє в організм, руйнуючи імунну систему.

ВІЛ-інфекція – це хронічне інфекційне захворювання, що викликане ВІЛ і характеризується ураженням імунної системи. На сьогодні ВІЛ-інфекція є невиліковною, проте розвиток ВІЛ в організмі людини може бути контрольований за допомогою спеціального лікування – антиретровірусної терапії.

СНІД – це четверта клінічна (просунута) стадія ВІЛ-інфекції – стан організму, коли імунітет вкрай виснажений різноманітними захворюваннями, що виникли внаслідок розвитку ВІЛ в організмі людини. СНІД розвивається за умови, якщо вірус не було виявлено вчасно, і в разі якщо пацієнт не проходить антиретровірусну терапію.

Антиретровірусна терапія (АРТ) – це метод лікування ВІЛ-інфекції препаратами, що вживаються ВІЛ-інфікованою людиною за призначенням лікаря відповідно до показань, які стримують розвиток вірусу в організмі та знижують вірусне навантаження, підтримують та відновлюють імунну систему, загалом покращують якість життя людей, які живуть з ВІЛ. АРТ гарантується державою, є безкоштовною і доступною для всіх пацієнтів, яким встановлено діагноз ВІЛ-інфекція, у тому числі для дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Проходження АРТ та **формування прихильності** до неї, тобто розуміння необхідності лікування, неперервності вживання ліків щодня в один і той самий час, у встановленій лікарями дозі тощо, – основа не лише підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, а й можливість контролювати епідемію. У людей, які проходять АРТ, знижується концентрація вірусу в організмі, він стає неактивним, а значить людина, яка живе з ВІЛ, не може інфікувати інших.

Нині для епідемічної ситуації в Україні характерні такі ознаки: зміна основного шляху передачі ВІЛ з парентерального (через кров) на статевий; стрімке поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які не належать до групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (тобто серед загального населення – осіб, які живуть статевим життям); збільшення числа ВІЛ-інфікованих осіб репродуктивного, працездатного віку та, відповідно, зростання кількості ВІЛ-інфікованих

жінок дітородного віку і дітей, народжених ними, а отже – сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу.

Уразливість сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, обумовлюють:

- **психологічні проблеми** (внутрішньоособистісні та міжособистісні конфлікти, стреси, депресії, апатія, підвищений рівень тривожності тощо), пов'язані із прийняттям як дорослими, так і дітьми свого діагнозу;
- **неготовність до зміни способу життя через ВІЛ-інфекцію та відсутність прихильності до лікування** (важливим є щоденне та кількаразове на день вживання АРТ, прийоми препаратів не можна пропускати, адже виробиться резистентність – ліки перестануть діяти ефективно, і доведеться змінювати схему лікування, а сьогодні в Україні їх існує лише три);
- **стан здоров'я** (туберкульоз, гепатити тощо);
- **високий рівень стигми** (навішування ярликів) **та дискримінації** (порушення прав, які виникають через стигму) з боку оточуючих до людей, які живуть з ВІЛ, часто навіть з боку членів родини, сусідів, інших представників громади. Стигму та дискримінацію породжують страх перед захворюванням, міфи та необізнаність щодо шляхів зараження, та загалом – низький рівень толерантності у суспільстві;
- **самостигматизація**, що виникає на основі стигми та дискримінації, – людина навішує «ярлик» безпорадності, безвиході, нікчемності сама на себе, соромиться себе та свого діагнозу, почувається винною, унаслідок цього може займати позицію захисту та зневіри: «Не чіпайте мене, ви все одно мені не допоможете» або «Я на це заслуговую» тощо;
- **інші складні життєві обставини сім'ї чи її членів:** алко- чи наркозалежність, насильство в сім'ї, конфлікт із законом, складні економічні умови (бідність), відсутність постійного місця проживання, працевлаштування тощо.

Саме на подолання зазначених ознак вразливості має бути спрямована робота із такою сім'єю та, зокрема, людьми, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

ВІЛ-інфекція вважається поведінковим захворюванням, тобто людина може інфікуватися чітко визначеними шляхами (через кров, статевим шляхом, від інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів або годування грудьми). За дотримання правил безпечної поведінки можна уникнути інфікування. ВІЛ не передається повітряно-крапельним шляхом, а також через рукостискання, посуд, їжу, постільну білизну або одяг, предмети, іграшки, гроші, дверні ручки чи поручні у транспорті, через укуси комах (клопів, комарів, мух) та тварин. Отже, спілкування, обійми, користування спільними предметами побуту з ЛЖВ, догляд за такими особами, допомога їм у виконанні гігієнічних процедур є абсолютно безпечними³⁵.

³⁵ Більше інформації щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу можна знайти у публікації Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні «Люди і ВІЛ. Книга для небайдужих» за посиланням: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/peopleandhiv/pdf/ph3.pdf>.

Якими є типові потреби, проблеми та труднощі таких сімей?

Нижче наведено умовно виокремлені типи сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу (рис. 10):

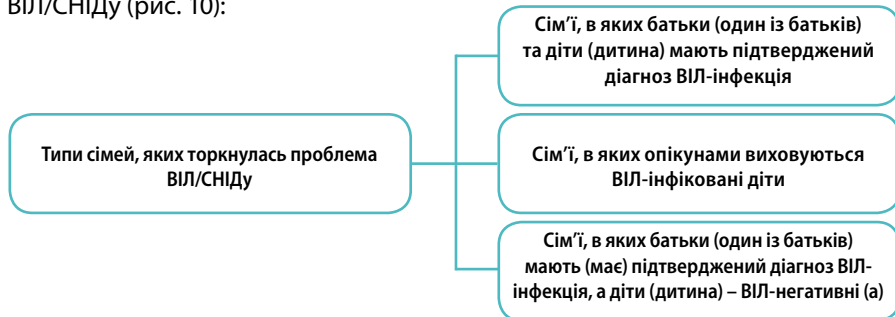


Рис. 10. Типи сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу

Зазначені типи сімей мають загальні потреби, зумовлені перебуванням у родині особи із ВІЛ-позитивним статусом, отже, вони відрізняються від потреб інших родин. Окрім того, кожен із перелічених типів сімей має ще й свої специфічні потреби.

Таблиця 11. Категорії потреб залежно від типу сім'ї, якої торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу

Категорія потреб	Сім'ї, в яких батьки (один із батьків) та діти (дитина) мають підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції	Сім'ї, в яких опікунами (у прийомних сім'ях/ДБСТ) виховуються ВІЛ-інфіковані діти	Сім'ї, в яких батьки (один із батьків) мають (має) підтверджений діагноз ВІЛ-інфекція, а діти (дитина) – ВІЛ-негативні (а)
Загальні потреби сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу	<ul style="list-style-type: none"> • моніторинг (відстеження) прихильності до лікування, вчасне проходження необхідних медичних обстежень та реагування у разі зміни стану здоров'я дитини та/або дорослих; • виявлення та лікування опортуністичних інфекцій у дітей та/або дорослих (зокрема, туберкульозу); • підвищення обізнаності щодо репродуктивного здоров'я та планування сім'ї; • підготовка дорослих осіб, які здійснюють нагляд за дитиною, до початку проходження АРТ: психологічна готовність, навчання розрахунку точної дози препарату, навчання дитини ковтання таблеток, вироблення навичок вчасного вживання препаратів тощо; • сприяння у доступі дітей до освітніх закладів (дитячі садки, школи тощо), адже через високий рівень стигми та дискримінації у разі, коли про ВІЛ-позитивний статус дитини/її батьків відомо, дітей іноді не приймають до освітніх закладів. Навіть сім'ї, в яких батьки мають ВІЛ-позитивний статус, а дитина – ні, можуть стикатися з такою проблемою (зокрема, у невеликих населених пунктах); • захист від усіх форм дискримінації у разі її існування (юридична підтримка, адвокатування прав на вільний доступ до лікування, навчання, працевлаштування, незалежно від ВІЛ-статусу, тощо); • психосоціальна підтримка щодо прийняття статусу, адаптації до життя з ВІЛ, подолання самостигматизації, повідомлення ВІЛ-статусу членам родини/статевим партнерам; • допомога в отриманні всіх гарантованих соціальних виплат (часто особи не знають про те, що через наявність ВІЛ-статусу вони мають право на певні виплати та пільги) тощо 		

Категорія потреб	Сім'ї, в яких батьки (один із батьків) та діти (дитина) мають підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції	Сім'ї, в яких опікунами (у прийомних сім'ях/ДБСТ) виховуються ВІЛ-інфіковані діти	Сім'ї, в яких батьки (один із батьків) мають (має) підтверджений діагноз ВІЛ-інфекція, а діти (дитина) – ВІЛ-негативні (а)
<p>Специфічні потреби кожного з типів сімей</p>	<ul style="list-style-type: none"> • підвищення обізнаності батьків/опікунів/прийомних батьків/ батьків-вихователів щодо догляду та підтримки ВІЛ-позитивних дітей; • підготовка як самої дитини, так і батьків/опікунів/прийомних батьків/ батьків-вихователів до повідомлення дитині про її ВІЛ-статус (відповідно до віку); • визначення кола осіб, які знають про статус дитини та можуть забезпечити проходження АРТ дитиною, у разі потреби здійснити профілактику порушень режиму прийняття АРТ тощо • консультування батьків стосовно подолання проявів внутрішньої стигми, пов'язаної з ВІЛ, та самодискримінаційних рішень (обмеженість у зовнішніх контактах, замкненість, відмова від навчання дитини у ДНЗ або школі тощо), які впливатимуть на якість життя родини та на розвиток дитини, зокрема, тощо. 	<ul style="list-style-type: none"> • у випадку, якщо дитина стала сиротою внаслідок смерті батьків (зокрема, спричиненої ВІЛ), підготовка опікунів/прийомних батьків/ батьків-вихователів до розмови з дитиною про це (відповідно до віку); • формування кола осіб, які підтримують дитину, з числа біологічних родичів у разі похилого віку опікунів; • консультування опікунів/прийомних батьків/ батьків-вихователів стосовно подолання проявів гіперопіки, пов'язаної з ВІЛ у дитини, та рішень, які впливатимуть на розвиток дитини, зокрема недопущення формування у неї внутрішньої стигми: обмеження дитини у певній соціальній активності (навчання, спорт, спілкування, вибір професії тощо) та ін. 	<ul style="list-style-type: none"> • підготовка до повідомлення дитині про ВІЛ-статус батьків або інших родичів (відповідно до віку дитини); • інформування членів родини, включаючи дітей (відповідно до віку), про профілактику інфікування ВІЛ у побуті (надання першої медичної допомоги, користування особистими станками для гоління, манікюрним приладдям тощо) та ін.

Категорією, що потребує окремої уваги, є ВІЛ-інфіковані вагітні жінки.

Наявність проблем у таких сімей залежить від можливості та рівня задоволення їх потреб, а також від здатності сім'ї реалізувати свої функції (виховну, господарсько-побутову, економічну, репродуктивну тощо).

При цьому типовими проблемами та труднощами сім'ї, якої торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, є:

1. Формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції та диспансерного спостереження (регулярного відвідування лікаря).

Тому провідними завданнями ФСР/соціальних працівників, які працюють з такими сім'ями, є:

- формування прихильності до АРТ (здатність людини розпочати, управляти й підтримувати процес прийняття препаратів у визначених дозах, у визначений час, з визначеною частотою і за визначених умов, відповідно до призначень лікаря) та сприяння розумінню того, що від проходження АРТ залежить якість життя;
- підвищення рівня відповідальності за власне здоров'я і життя та здоров'я і життя дитини;
- формування прихильності до диспансерного спостереження (здатність людини стати і перебувати на регулярному диспансерному спостереженні, що охоплює планові візити до лікаря, планові обстеження та інші заходи, відповідно до стандартів системи охорони здоров'я).

2. Обмежений доступ для ЛЖВ з віддалених міст/сіл до медичних послуг (часто навіть через значні для сім'ї кошти на проїзд до медичного закладу); для ЛЖВ, які не мають документів, – до АРВ-лікування.

Тому вкрай важливим завданням для ФСР/соціальних працівників є сприяння у поновленні документів, а також – у пошуку додаткових ресурсів, джерел благодійної допомоги для такої сім'ї.

3. Обмежений доступ до госпіталізації, паліативної або хоспісної допомоги для тих осіб, які її потребують (відсутність відповідних закладів або належної кількості місць у закладах такого типу).

Тому важливими є сприяння таким особам у пошуку організацій/фахівців, готових надати, за потреби, юридичний супровід та психосоціальну підтримку, немедичний догляд вдома (партнерські організації ЦСССДМ, зокрема представництво ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», що діють у багатьох регіонах України, можуть бути долучені до надання таких послуг).

У разі суттєвого прогресування інфекції ВІЛ-інфіковані особи можуть втратити працездатність, набути встановленої інвалідності, потребувати постійної сторонньої допомоги у догляді, підтримці та лікуванні.

Практика підтверджує, що погіршення стану здоров'я може призвести до втрати здатності опікуватися власними дітьми, а дітей – до сирітства (природного та соціального). Уникаючи контактів із соціальними інституціями, які надають послуги цій категорії сімей, батьки/особи, які їх замінюють, унеможливають соціальний та медичний супровід ВІЛ-інфікованих дітей.



Часто специфічні проблеми виникають у ВІЛ-інфікованих дітей, чие здоров'я та прихильність до вживання антиретровірусних препаратів (АРТ) безпосередньо залежать від рішень та поведінки дорослих. Діти можуть стати «заручниками» ситуацій, коли батьки повністю відмовляються від соціально-психологічної та медичної допомоги, а також нагляду за дітьми, порушують режим проходження АРТ або інші настанови лікарів, зволікають з розкриттям ВІЛ-статусу дитині. Такі дії батьків можуть призвести до прогресування ВІЛ-інфекції, інвалідизації дитини чи до летальних наслідків. ФСР має розцінювати подібні ситуації, про які стало відомо, як пряму загрозу здоров'ю та життю дитини, невиконання батьками своїх обов'язків та приймати рішення відповідно до порядку, встановленого чинним законодавством, дотримуючись при цьому конфіденційності медичних і персональних даних дитини та членів її сім'ї.

ФСР/соціальний працівник має пам'ятати, що головними причинами, через яку сім'ї, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, уникають будь-якої соціально-психологічної підтримки та навіть інколи медичної допомоги з боку державних та недержавних служб, є:

- **страх розголошення інформації про їх ВІЛ-статус;**
- **прояви стигми та дискримінації** з боку соціального оточення, зокрема представників різних соціальних установ, організацій та відомств, які мали б надавати послуги для таких родин (наприклад, сім'я вже має досвід відмови надання послуг через ВІЛ-статус);
- **низький рівень обізнаності** про ВІЛ-інфекцію загалом, про особливості перебігу хвороби, механізм дії АРТ та наслідки відмови від лікування, а також про те, як, коли та за яких умов потрібно розкрити ВІЛ-статус дитині.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу щодо вирішення проблем/підтримки сім'ї з дітьми?

ВІЛ-позитивні люди мають усі права та свободи, передбачені Конституцією України та законами України, іншими нормативно-правовими актами, і мають право користуватися ними на загальних підставах.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-IV</p>	<p>Ст. 284, ч. 3, чітко визначає, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, проводиться за її згодою, а особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Проте необхідно знати, що батьки дитини віком від 14 до 18 років мають право бути поінформованими про стан її здоров'я (ст. 285).</p> <p>Ст. 286 визначає, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування фізичної особи</p>
<p>Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III «Про охорону дитинства»</p>	<p>Ст. 12 визначає, що у разі відмови від надання дитині необхідної медичної допомоги, якщо це загрожує її здоров'ю, батьки або особи, які їх замінюють, несуть відповідальність згідно із законом. Медичні працівники у випадку критичного стану здоров'я дитини, який потребує термінового медичного втручання, зобов'язані попередити батьків або осіб, які їх замінюють, про відповідальність за залишення дитини в небезпеці.</p> <p>Дітям, ураженим ВІЛ-інфекцією, та дітям, хворим на інші невиліковні та тяжкі хвороби, гарантується державна допомога у порядку та обсягах, визначених Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 29)</p>
<p>Закон України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»</p>	<p>Провідний національний документ, головним завданням якого є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностування ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ. Державна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу має 18 співвиконавців, зокрема МОЗ, МОН, Мінсоцполітики.</p>
<p>Закон України від 12 грудня 1991 р. № 1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»</p>	<p>Основний закон, який регулює правові засади у сфері ВІЛ-інфекції та гарантує соціальний захист ЛЖВ, членів їх сімей, медичних, соціальних та інших працівників, зайнятих у сфері запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію, а також надання ЛЖВ необхідної медичної допомоги та соціальних послуг.</p> <p>Згідно зі ст. 6 Закону, тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за усвідомленою інформованою згоди особи, а тестування дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання їх батьків або законних представників та за усвідомленою інформованою згоди.</p> <p>Усі ЛЖВ мають право бути поінформованими про послуги із забезпечення необхідної їм психологічної, соціальної та правової підтримки і за бажанням одержати таку підтримку в спосіб, що не зумовить розкриття їх ВІЛ-статусу (ст. 13).</p> <p>Дискримінація особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції заборонена (ст. 14 та 16), а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відмова у прийомі до медичних закладів; • відмова у прийомі до освітніх закладів; • відмова у прийомі до закладів соціальної опіки; • звільнення з роботи або відмова у прийнятті на роботу; • відмова у наданні медичної допомоги та соціальних послуг;

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
	<ul style="list-style-type: none"> • обмеження інших прав людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу; • обмеження прав рідних і близьких ВІЛ-інфікованої людини. Разом із тим ст. 12 визначає, що всі ЛЖВ зобов'язані: <ol style="list-style-type: none"> 1) вживати заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я; 2) повідомляти осіб, які були їх партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження; 3) відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці
<p>Наказ МОЗ України від 10 жовтня 2013 р. № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»</p>	<p>Визначає порядки встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними та організацію медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД</p>
<p>Спільний наказ МОЗ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23 листопада 2007 р. № 740/1030/ 4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»</p>	<p>Визначає порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, який є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, дошкільних, середніх, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, усіх форм власності, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і їх спеціалізованих формувань, закладів соціального обслуговування, установ Державної кримінально-виконавчої служби України. Містить типові положення про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям</p>
<p>Наказ МОЗ України від 19 серпня 2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»</p>	<p>Основний документ, який регламентує надання послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію в Україні. Затверджує стандарти проведення до- та післятестового консультування для визначених груп населення, містить чіткі рекомендації щодо принципів, методів та організації добровільного консультування та тестування на ВІЛ для населення</p>

Які соціальні виплати (допомоги чи пільги) передбачені для таких сімей/дітей?

Для сімей, осіб, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, передбачені такі виплати та допомоги:

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
1	Виплата державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам до 18 років	Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (від 16.11.2000 р. № 2109-III)	Згідно з переліком медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років, до таких належать хвороби, що зумовлені ВІЛ (розгорнута клінічна картина СНІДу, яка супроводжується інфекційними, паразитарними, уточненими і не уточненими хворобами, злоякісними пухлинами). Безсимптомне вірусносійство ВІЛ дає право на одержання державної соціальної допомоги строком на 2 роки
2	Щомісячна державна допомога	Постанова КМУ «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ» (від 12.09.2012 р. № 852)	Допомога надається в розмірі десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Неоподатковуваний мінімум доходів громадян в 2015 році в Україні визначено у розмірі 17 гривень, тобто щомісячної державна допомога ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, становить 170 грн
3	Забезпечення адаптованими молочними сумішами	Наказ МОЗ України «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» (від 25.05.2000 р. № 120) Постанова КМУ «Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого і другого року життя» (від 08.02.1994 р. № 66)	Закріплено забезпечення адаптованими молочними сумішами дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями
4	Щорічне санаторно-курортне лікування	Наказ МОЗ України «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» (від 25.05.2000 р. № 120)	Закріплено право на щорічне санаторно-курортне лікування ВІЛ-інфікованих дітей на базі місцевих санаторіїв
5	Спеціальні норми харчування	Постанова КМУ «Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей» (від 27.08.2014 р. № 389)	Для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей затверджено спеціальні норми харчування і норми заміни харчових продуктів за енергетичною цінністю у лікувально-профілактичних закладах, санаторно-курортних і закладах медико-соціального захисту та вдома

№ з/п	Соціальні виплати, допомоги, пільги	Нормативно правовий акт, яким встановлені	Пояснення
6	Спільне перебування батьків у стаціонарах із дітьми у віці до 14 років	Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 18)	Окрім того, передбачено звільнення батьків від роботи й оплата допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною
7	Отримання додаткової щорічної відпустки тривалістю 10 днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 18-річного віку		

Хто може бути надавачем послуг для сім'ї з такою ознакою вразливості?

У сфері профілактики, лікування та соціального супроводу сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу та ЛЖВ, надавачами послуг є такі установи та організації:

Державні установи та заклади:

- Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді» (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України);
- Центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (створюються ОДА і органами місцевого самоврядування; організаційно-методичне забезпечення здійснюється Міністерством соціальної політики України);
- Центри профілактики та боротьби зі СНІДом та Кабінети «Довіра» (підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України);
- Нарко- та протитуберкульозні диспансери (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України);
- Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (підпорядковуються Міністерству соціальної політики України).

Громадські організації/проекти, що надають послуги ЛЖВ:

- Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» та її регіональні представництва по всій території України;
- Національна лінія телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу (0-800-500-451) та інші організації.

Основні завдання провідних надавачів послуг сім'ям, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу та ЛЖВ, представлені у додатку 8.1.

ФСР/соціальному працівнику важливо пам'ятати, що здійснення ефективної соціально-психологічної підтримки сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, можливе лише міждисциплінарною командою фахівців, до складу якої входять соціальні педагоги, психологи, юристи, а також медики, інші спеціалісти як державних, так і громадських структур, що надають послуги у сфері профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ЛЖВ.

Якими є особливості виявлення сімей/дітей з такою ознакою вразливості?

Виявлення сімей та дітей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, здійснюється закладами/установами охорони здоров'я, громадськими організаціями, до яких звертаються ЛЖВ.

Підлітки та дорослі можуть самостійно звертатись до кабінетів «Довіра» або до Клінік, дружніх до молоді, за послугами з консультування та тестування на ВІЛ. У такому випадку тестування особи може проводитись за її бажанням анонімно. У разі позитивного результату тесту (позитивний результат означає, що виявлено антитіла до ВІЛ) особа скеровується до Центру профілактики та боротьби зі СНІДом (СНІД-центру) для підтвердження діагнозу. Відповідно, на базі СНІД-центрів соціальні працівники (переважно громадських організацій), інформують пацієнтів, яким підтверджено діагноз ВІЛ-інфекція, про соціально-психологічні послуги для ЛЖВ та сімей, яких торкнулась така проблема. Отримавши первинну інформацію, ЛЖВ можуть самостійно звертатися до ЦСССДМ або громадських організацій для отримання подальшої комплексної соціально-психологічної підтримки.

Надзвичайно важливим також є своєчасне виявлення ВІЛ-позитивних вагітних жінок під час обліку у жіночих консультаціях, що дає змогу ефективно провести заходи щодо профілактики передання ВІЛ від матері до дитини (ППМД) й уможливило народження здорової дитини. Однак, дуже часто успіхи заходів з ППМД залежать від соціально-психологічного супроводу вагітної жінки, від її готовності невідкладно розповісти своєму партнеру про ВІЛ-статус, а також від готовності партнера пройти тестування на ВІЛ. Якщо вагітна повністю відмовляється від соціально-психологічного супроводу, від медичних послуг із діагностики, лікування та від заходів із ППМД, дитина може народитися ВІЛ-інфікованою, і виявити таку дитину можна бу-

де лише через педіатричну службу або сімейного лікаря за клінічними ознаками ВІЛ-інфекції.

Тому важливими є: 1) налагодження співпраці та 2) визначення алгоритму дій між організаціями – надавачами медичних та соціальних послуг, 3) розроблення механізму **перенаправлення** отримувачів послуг до організацій на основі їх **вмотивованої згоди** (над сформованістю якої варто працювати всій команді – як медикам, які виявили та поставили на диспансерний облік, так і ФСР/соціальним працівникам). Про ефективність такої взаємодії свідчитиме рішення особи про поставлення на облік, проходження обстежень та початок лікування.

! Зважаючи на **право пацієнтів на таємницю** про стан їх здоров'я, діагнозу та факт звернення по медичну допомогу, найчастіше виявлення ФСР/соціальними працівниками таких осіб саме за ознакою ВІЛ відбувається **у разі їх самозвернення**. Інформація про наявність ВІЛ-статусу дитини чи членів її родини може надійти від лікаря СНІД-центру або від органів опіки та піклування з приміткою «для службового користування», і з метою виключно в інтересах неповнолітньої дитини, у ситуації, що загрожує її життю та здоров'ю. Однак механізм передачі такої інформації не закріплений окремим нормативним актом, а тому ФСР/соціальний працівник має керуватися іншими чинними документами, наприклад ЗУ «Про охорону дитинства», Сімейним кодексом України, положеннями про функції спеціальних органів, відділів та установ, які здійснюють соціальний захист дітей та населення, та іншими міжвідомчими інструкціями й актами, які визначають механізми передачі персональних даних про родину та способи реагування у таких ситуаціях.

Крім цього, родини, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, можуть бути виявлені та потрапити в поле зору соціальних служб за іншими ознаками вразливості: бідність, сімейні конфлікти, насильство, нехтування потребами дитини тощо. Тісна співпраці соціальних служб, закладів охорони здоров'я та неурядових ВІЛ-сервісних організацій дасть змогу вчасно виявити та надати відповідні послуги для сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, які перебувають у СЖО через ВІЛ-статус.

Якими є особливості проведення оцінки потреб сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?

У разі проведення ФСР/соціальним працівником початкової чи комплексної оцінки у зв'язку із самозверненням чи виявленням ознак вразливості застосовується інструментарій та процедура оцінки, описані в першій частині посібника.

Під час оцінки потреб доцільно особливу увагу звернути на консультування з лікарем, який здійснює лікування та медичний супровід особи, щодо специ-

фіки надання соціальних послуг відповідно до стану здоров'я, необхідності формування прихильності до АРТ, якщо вона вже призначена, тощо.

Під час оцінки потреб ВІЛ-позитивних осіб (як дорослих, так і дітей відповідного віку) слід особливу увагу приділити визначенню рівня їх прихильності до АРТ і медичних послуг.

Це можна здійснити, орієнтуючись на такі критерії:

- **наявність в отримувача послуг знань про ВІЛ/СНІД і дотичні сфери** (базова інформація про вірус, принципи діагностики рівня клітин СД4, визначення рівня вірусного навантаження та імунно-ферментний аналіз, профілактика розвитку опортуністичних інфекцій з фокусом на туберкульоз, принцип дії АРВ-терапії);
- **сформованість навичок прихильності до лікування** (вчасно приймає ліки; веде щоденник проходження АРТ; має встановлений сигнал будильника про час прийняття препарату; вживає ліки у необхідних, призначених лікарем комбінаціях та дозі; дотримується рекомендованої кратності прийому ліків, виключаючи пропуски (переривання) прийняття АРТ; знає умови зберігання препаратів, дотримується рекомендацій щодо дієти та інших спеціальних рекомендацій тощо);
- **рівень мотивації;**
- **можливі обмеження** (діагноз приховується від чоловіка/дружини/дітей, інших родичів, з якими проживають на одній площі; географічна віддаленість до місця отримання медичних послуг та проходження АРТ; спосіб життя/графік роботи тощо, який не дозволяє дотримуватись суворого режиму прийняття АРТ; скептичне ставлення до АРТ і хибні уявлення про вірус; відсутність мотивації до лікування та страх розголошення інформації про ВІЛ-статус особи/членів її родини тощо);
- **наявність ресурсів для формування прихильності** (коло осіб, яким відомо про ВІЛ-статус, і які допомагають підтримувати прихильність та мотивацію до прийняття АРТ; фізична доступність до місця отримання АРТ-препаратів; допоміжні технології: кишеньковий бокс з ліками, встановлений будильник з нагадуваннями про вживання АРТ; наявність послуги «Школа пацієнта» або груп взаємопідтримки для ЛЖВ та їх родичів, які починають АРТ, тощо).

Якщо людина повідомляє ФСР/соціальному працівнику про свій імовірний ВІЛ-позитивний статус (наприклад, особа проходила лише один швидкий тест на базі громадської організації і цей тест виявився позитивним, однак у СНІД-центр вона не зверталася) чи можливість інфікування ВІЛ (в особи є досвід ризикованих щодо інфікування поведінкових практик), ФСР/соціальний працівник зосереджує основну увагу на мотивуванні щодо звернення до Кабінету «Довіра», СНІД-центру чи іншого медичного закладу для діагностики та отримання медичних послуг.

Якщо під час оцінки потреб виявиться, що людина потребує послуг, які надають партнерські організації, також буде доцільним перенаправлення. Для того, щоб перенаправлення було ефективним, важливо: надати особі повну письмову інформацію про місце, куди їй варто звернутися (назву, адресу, телефон організації, ім'я фахівця, його посаду), пояснити, як туди дістатися; домовитися (за можливості) про день та час візиту до цієї організації; якщо особа не зможе належним чином викласти свою проблему, допомогти записати її у стислому вигляді; попросити отримувача послуг поінформувати про результати відвідування фахівця/організації, куди його переадресували; за можливості, зателефонувати в організацію, щоб дізнатися про надані особі послуги.

Як здійснюється планування роботи?

Починаючи роботу з сім'єю чи особою, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, необхідно з'ясувати, чи є вони користувачами послуг в інших установах та організаціях, зокрема у громадських.

Якщо людина повідомляє про співпрацю з іншими організаціями, слід обов'язково взяти це до уваги та відповідним чином планувати роботу з нею.

На початку планування варто особливо зосередитися на визначенні мети та завдань соціально-психологічної підтримки таких сімей.

Розглянемо особливості формулювання завдань на прикладі ВІЛ-інфікованої породіллі, яка отримує спеціалізовані соціальні послуги в регіональному відділенні «Всеукраїнської мережі ЛЖВ».

Такими завданнями можуть бути:

- налагодження безпечної взаємодії матері з немовлям (для уникнення ВІЛ-інфікування);
- диспансерне спостереження дитини в Центрі СНІДу до 18-місячного віку;
- підвищення матеріального добробуту сім'ї;
- вирішення внутрішньосімейних конфліктів тощо.

Кожне із завдань, своєю чергою, потребує окремих заходів.

Наприклад, завдання, спрямоване на налагодження безпечної взаємодії матері з дитиною, передбачає такі заходи:

- сформувати у матері навички догляду за дитиною;
- здійснити психодіагностику дитини і роз'яснити матері її результати;
- навчити матір проводити розвивальні заняття з малюком;
- провести індивідуальне психологічне консультування, спрямоване на нормалізацію стану матері;
- організувати психологічну підтримку у формі групи взаємної підтримки за принципом «рівний - рівному».

До планування обов'язково залучається сам отримувач послуг. ФСР/соціальний працівник має переконатися, що заходи зручні за часом або місцем, формою проведення обом сторонам. Наприклад, необхідно чітко розуміти, чи здатна людина самостійно звернутись за отриманням довідки до ЖЕКУ, чи їй потрібен супровід та/або набуття подібних навичок; чи підходить час призначеної зустрічі із психологом, враховуючи, що особа має маленьку дитину, тощо.

Плануючи заходи, ФСР/соціальний працівник має делегувати отримувачу соціальних послуг частину завдань із прогнозованим результатом, які той здатен виконати самотужки. Наприклад, серед завдань можуть бути такі: вести щоденник вживання препаратів з дитиною, самостійно відвідати з дитиною дільничного педіатра, взяти участь у двох групах взаємодопомоги для батьків тощо.

! ФСР/соціальний працівник повинен обов'язково зважати на рівень спроможності особи і пам'ятати, що чим він вищий, тим складніші завдання вона буде здатна виконати самостійно і отримати позитивний результат.

Яким є основний пакет послуг/дій/заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?

Послуги/дії, заходи плану в межах ведення випадку зазвичай орієнтовані на індивідуальну роботу з отримувачем, яка передбачає формування прихильності до лікування, подолання самостигматизації, покращення якості життя з ВІЛ-інфекцією, підвищення відповідальності за власне здоров'я.

Розглянемо пакет послуг/дій/заходів, які видаються найбільш оптимальними для внесення у план (рис. 11):

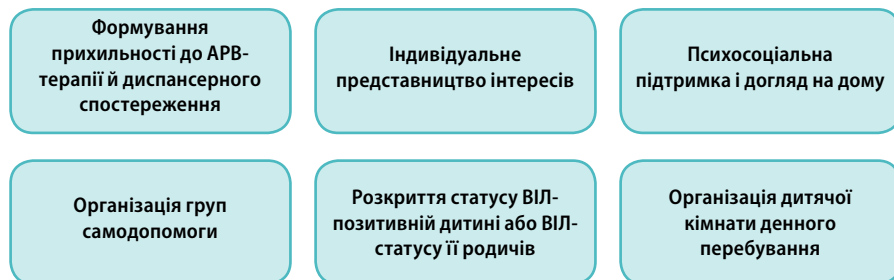


Рис. 11. Послуги/дії/заходи для осіб, залежних від психоактивних речовин

1. Формування прихильності до АРВ-терапії й диспансерного спостереження для таких категорій (і дорослих, і дітей відповідного віку)³⁶:

- ВІЛ-позитивні особи, які готуються до початку проходження 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.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- надання загальної інформації з питань ВІЛ/СНІДу; інформаційних матеріалів щодо принципів діагностики СД-4, ВН та ІФА, опортуністичних інфекцій з фокусом на туберкульоз, принципів дії АРВ-терапії;
- консультування стосовно особливостей вживання та зберігання АРВ-препаратів, негативних наслідків недотримання режиму прийняття препаратів, побічних ефектів, підготовки індивідуального плану прихильності;
- мотивування щодо важливості турботи про власне здоров'я та здоров'я своїх дітей (якщо є), важливості здійснення діагностики й лікування супутніх хвороб; розвиток готовності та навичок користуватися медичними послугами; забезпечення підтримки з боку найближчого оточення;
- здійснення позитивної профілактики (попередження можливості реінфікування ВІЛ, розкриття статусу партнерам/членам родини, зокрема дітям);
- розвиток навичок представництва власних інтересів;
- проведення скринінгу (скринінг-анкета подана у додатку 2) на туберкульоз з метою вчасного виявлення й лікування хвороби (раз на півроку);
- проведення оцінки прихильності до АРТ (раз на півроку).

Одним з інструментів у процесі формування прихильності можуть бути **телефонні нагадування** (доцільно використовувати на початку роботи з отримувачем соціальних послуг, поступово формуючи у нього самостійність та відповідальність за власне життя). Телефонні нагадування можуть бути спрямованими на:

- нагадування щодо проходження планової діагностики й отримання АРВ-препаратів;
- підтримку мотивації та прихильності до медичних послуг;
- оцінку ризиків переривання АРТ і диспансерного спостереження; у разі виявлення факторів, які можуть призвести до переривання АРТ чи вчасного диспансерного спостереження, людину необхідно запросити на очну консультацію для з'ясування причин та напрацювання плану спільних з особою дій для їх усунення.

³⁶ Джерело доступне за посиланням: <http://network.org.ua/upload/iblock/49f/49fea3aa059851dca69f188fd6add9b7.pdf>.

2. Індивідуальне представництво інтересів

Представництво інтересів здійснюється з метою забезпечення доступу ВІЛ-позитивних осіб до якісних послуг і ресурсів, на які вони мають право, проте не спроможні отримати самостійно. Надається ВІЛ-позитивним особам, які стикнулись з проблемами, пов'язаними з дискримінацією, порушенням прав, втратою документів, необхідністю сприяння щодо оформлення виплат, забезпечення доступу до медичної допомоги тощо.

Завдання ФСР/соціального працівника (залежно від можливостей як фахівця, так і організації/установи/закладу, де він працює):

- забезпечення доступу до якісних медичних послуг, у тому числі в умовах стаціонару, з акцентом на неперервності лікування, безкоштовній діагностиці ВІЛ, ТБ, СД-4 і вірусного навантаження;
- сприяння в отриманні виплат, пенсій, субсидій, пільг з боку держави;
- сприяння в оформленні/відновленні документів, у тому числі щодо 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 зі значущими особами третьої сторони, перед якою фахівець представляє інтереси людини, ведення з ними переговорів від її імені;
- оскарження дій чи бездіяльності посадових осіб, державних органів, прийнятих ними рішень;
- розвиток навичок самопредставництва в отримувача соціальних послуг, роз'яснювальна робота щодо його прав.

3. Психосоціальна підтримка і догляд на дому

Психосоціальна підтримка і догляд на дому здійснюється з метою забезпечення щоденного функціонування ВІЛ-позитивних осіб з обмеженим функціональним статусом, насамперед дітей, які потребують послуг з догляду вдома.

Надаються таким категоріям отримувачів послуг:

- ВІЛ-позитивним особам з обмеженим функціональним статусом, які тимчасово або повністю нездатні до самостійного пересування та/або самообслуговування (за об'єктивними медичними показниками);
- ВІЛ-позитивним особам після хірургічних операцій, травм, інсульту тощо;
- людям похилого віку, які потребують догляду та допомоги у побуті, які є ВІЛ-позитивними або які доглядають за ВІЛ-позитивними неповнолітніми дітьми.

Завдання ФСР/соціального працівника (залежно від можливостей як фахівця, так і організації/установи/закладу, де він працює):

- сприяння в отриманні АРВ-препаратів;
- сприяння у проходженні діагностики на СД4, ВН;
- допомога в дотриманні лікувального режиму (вживання ліків, реабілітаційні заходи);
- допомога у самообслуговуванні, формування навичок самообслуговування (дотримання особистої гігієни, рухового режиму, годування);
- допомога у веденні домашнього господарства (закупівля продуктів харчування, ліків та інших товарів за кошти отримувача послуг, приготування їжі, прання, прибирання житла, оплата комунальних послуг);
- допомога в налагодженні взаємодії з іншими фахівцями та службами (виклик лікаря, комунальних служб, транспортних служб тощо);
- сприяння у забезпеченні технічними засобами реабілітації, формування навичок користування ними;
- створення умов для посильної праці, організації трудової терапії вдома;
- створення умов провадження навчання для дітей дошкільного та шкільного віку та організація їх дозвілля;
- 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 зі службами й агенціями у громаді, переадресація, розвиток соціальних зв'язків людини з оточенням;
- супровід особи до медичних і соціальних закладів, у разі потреби.

4. Організація груп самодопомоги

За бажанням і потребою отримувачі послуг можуть брати участь у **групах самодопомоги**. Такі групи сприяють подоланню самостигматизації їх учасників, прийняттю статусу, отриманню допомоги з боку інших ВІЛ-позитивних осіб, забезпеченню й підтримці прихильності до терапії, формуванню мотивації й навичок відповідального батьківства, підготовці до повідомлення ВІЛ-статусу дитини чи членів її родини тощо. Існує практика, коли групи самодопомоги організуються на волонтерських засадах, із залученням постійних учасників у ролі фасилітаторів.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- визначення ресурсів територіальної громади щодо наявності таких груп, до яких можна було б скерувати отримувача послуг;
- визначення можливостей (наприклад, приміщення, вільного у певний час, та ініціативної особи з числа ЛЖВ) стосовно сприяння організації таких груп, якщо є потреба – людей, які бажали б відвідувати таку групу.

Сім'ї або особи, які виховують ВІЛ-позитивну дитину, проходять через чотири кризові етапи. Перший етап настає після повідомлення про можливість ВІЛ-інфекції у дитини (зазвичай при виявленні ВІЛ у матері під час вагітності). Другий етап – гострої кризи – настає у випадку підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції в дитини. Третій етап збігається з першими проявами у дитини опортуністичних інфекцій. Четвертий період пов'язаний з прогресуванням захворювання та розвитку четвертої клінічної стадії ВІЛ-інфекції (СНІДу). На кожному з цих етапів батьки/опікуни/приймні батьки/вихователі потребують медичної, психологічної та соціальної підтримки. Одночасно з професійною підтримкою ефективним методом допомоги та способом виходу з кризи можуть бути групи самопомоги, тобто певні консультації за принципом «рівний - рівному», під час яких люди вчаться озвучувати свої труднощі та проблеми, шукають підтримки або надають її.

5. Розкриття статусу ВІЛ-позитивній дитині або ВІЛ-статусу її родичів

Стосується ВІЛ-інфікованих дітей та підлітків, які не знають про свій ВІЛ-позитивний статус, а також ВІЛ-негативних дітей, які мають ВІЛ-інфікованих родичів, зокрема батьків або братів/сестер.

Метою розкриття статусу є: покращення знань про стан свого здоров'я (членів родини) та ставлення до нього, зменшення (само) стигми і (само) дискримінації у зв'язку із ВІЛ, підвищення прихильності до лікування АРТ, поліпшення якості життя і зменшення смертності загалом.

Розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині є тривалим процесом. Розкриття статусу можливе бути лише тоді, коли дитина отримала та успішно засвоїла необхідну інформацію, що можна перевірити за допомогою спеціальних ігор, завдань та бесід з дитиною.

Завдання ФСП/соціального працівника:

- якісне оцінювання рівня психологічного та когнітивного розвитку дитини (спільно з психологом) відповідно до віку у процесі підготовки дитини до розкриття їй ВІЛ-статусу та вибір відповідних форм роботи з нею. Оцінювання розвитку дитини необхідне для того, щоб під час її зустрічей з психологом чи лікарем, соціальним працівником інформація про ВІЛ-позитивний статус надходила послідовно, зрозумілими для неї словами і поясненнями. Оскільки вік дітей, яким планується розкрити статус, може істотно різнитися, украй важливо враховувати як вікові особливості дитини, так і її індивідуальні характеристики та потреби;
- здійснення підготовки батьків/осіб, які їх замінюють, до повідомлення дитині про ВІЛ-статус. Як додатковий інструмент при реалізації цього завдання рекомендовано використовувати брошуру для батьків «Розкриття ВІЛ-позитивного статусу вашій дитині», що підготована ВБО «Всеукраїнська

мережа ЛЖВ»³⁷. Модель повідомлення дитині про її ВІЛ-позитивний статус детально подана у методичному посібнику «Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями: процес розкриття ВІЛ-статусу дитині», за результатами досвіду ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»³⁸.

Більшість батьків приховують від дітей справжній діагноз, вигадуючи натовість інші хвороби, які, на відміну від ВІЛ-інфекції, не пов'язані зі стигмою та дискримінацією у суспільстві. ВІЛ-інфікована дитина неминуче відчуває страх і тривогу, які пов'язані з обмеженням свободи, самотністю та відсутністю підтримки з боку найближчого оточення. Такі відчуття можуть поглиблюватись у зв'язку з необхідністю госпіталізації та вимушеною розлукою з близькими, браком у дитини інформації про хворобу та її наслідки, призначенням медичних маніпуляцій, а також залякуванням лікарнею та лікарями.

На тлі перебігу ВІЛ-інфекції у дитини можуть розвиватися невротичні та астеничні стани: поганий настрій або різка його зміна, роздратованість, слабкість, незначна концентрація уваги. Окрім того, ВІЛ-інфекція та її наслідки можуть спричинити неприємні переживання і внутрішні конфлікти, у зв'язку з чим виникають в'ялість, апатія та загальне зниження як фізичної, так і психічної активності дитини та її розвитку загалом. Складні й не зрозумілі для дитини обставини хвороби приводять у дію різні психологічні механізми захисту, які відбиваються на загальній поведінці.

Саме з проблемою поведінки дитини чи стосунків з нею батьки можуть звертатися за консультацією до ФРС/соціального працівника, психолога чи інших співробітників організацій, що надають соціально-психологічну допомогу; хоча основна причина поведінкових відхилень дитини та її відносин із дорослими криється у «таємниці», яка панує у родині.

6. Організація дитячої кімнати денного перебування

Така кімната може бути створена за наявності приміщення та фінансування. Переважно у регіонах такі кімнати діють при регіональних відділеннях ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та інших громадських організаціях. Дитячі кімнати денного перебування надають послуги сім'ям з дітьми, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу. Дітей, які за віком та станом здоров'я можуть відвідувати денну дитячу кімнату, залучають до навчальних та виховних заходів.

У роботі з дітьми задіяні вихователі з належною фаховою освітою та досвідом роботи. Навчання та розвиток здійснюються відповідно до віку дітей та за програмою, яка враховує їх потреби. Дитячі кімнати обладнані меблями для дітей, іграшками, розвивальними іграми та іншим інвентарем.

³⁷ Джерело доступне за посиланням: <http://network.org.ua/upload/iblock/66b/66bed26c952e8c2834e5896c082a058b.pdf>.

³⁸ Джерело доступне за посиланням: <http://network.org.ua/upload/iblock/1ef/1ef5579cc6f15339079add2acb92cb35.pdf>.

Ще одне завдання дитячих кімнат – це надання батькам можливості отримати інші індивідуальні чи групові соціальні послуги, відвідати лікаря чи пройти медичний огляд тощо.



Деякі діти, яких торкнулась проблема ВІЛ, виховуються у неповних родин, найчастіше – самотніми матерями, рівень матеріального забезпечення яких сягає межі бідності. Послуги дитячої кімнати не лише забезпечують тимчасове перебування ВІЛ-інфікованих дітей у дитячому колективі, а й допомагають таким дітям та членам їх родин знайти місце у житті, розв'язати проблему безробіття, вийти із кризової ситуації, повірити в себе та свої сили, відновити психологічне, моральне і духовне здоров'я. Побутові контакти з ВІЛ-інфікованою дитиною безпечні, тому така дитина може брати участь у спільних іграх з іншими дітьми, використовувати ті самі іграшки, книжки, олівці, спортивний інвентар.

Завдання ФСР/соціального працівника:

- аналіз ресурсів територіальної громади щодо наявності дитячих кімнат денного перебування, до яких можна було б скерувати отримувача послуг;
- за можливості, лобювання створення такої кімнати у разі, якщо відповідну потребу виявлено у територіальній громаді.

Які форми доцільно Використовувати у процесі соціально-психологічної підтримки сімей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?

За результатами проведеної оцінки потреб людини, спираючись на наявні ресурси, враховуючи побажання, які вона висловила, ФСР/соціальний працівник обирає оптимальні форми роботи. Під час виконання плану види діяльності можуть варіюватися.

Спектр форм роботи з особами, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, є досить широким:

Бесіди	Сутність ВІЛ-інфекції та життя з ВІЛ; опортуністичні захворювання, гепатити, АРВ-терапія, способи та методи догляду за ЛЖВ, зокрема за дітьми; особливості розкриття статусу дитині тощо
Інформаційні заняття	
Індивідуальні консультації, зокрема за принципом «рівний – рівному»	Прийняття статусу, адаптація до життя з ВІЛ, подолання самостигматизації, повідомлення ВІЛ-статусу членам родини/статевим партнерам; виховання ВІЛ-позитивної дитини та розкриття їй її ВІЛ-статусу; збереження якості життя, здоров'я та працездатності; безпечна поведінка; конструктивне подолання проблем тощо

Телефонні консультації (нагадування)	Проходження планової діагностики й отримання АРВ-препаратів; підтримка мотивації та прихильності до медичних послуг; оцінка ризиків переривання АРТ і диспансерного спостереження, у разі виявлення факторів, які можуть привести до переривання АРТ чи вчасного диспансерного спостереження, особу необхідно запросити на очну консультацію для з'ясування причин та напрацювання плану спільних з нею дій для їх усунення тощо
Групові чи сімейні консультації	Вирішення конкретної проблеми, вироблення плану спільних дій та взаємодопідтримки; репродуктивне здоров'я та планування сім'ї тощо
Тренінгові заняття	Формування мотивації та прихильності до лікування; попередження та подолання самостигматизації; захист своїх прав; прийняття усвідомлених і відповідальних рішень; розвиток педагогічних та батьківських компетенцій; запобігання і подолання насильства в сім'ї; конструктивне спілкування та подолання конфліктів; особистісне зростання тощо

Якими є критерії закриття Випадку?

Завершення ведення випадку здійснюється у разі розв'язання проблеми людини або за інших умов, визначених правилами організації/установи.

Передбачається, що під час ведення випадку життєва ситуація в сім'ї стає саморегульованою, що знаходить вияв у формуванні соціальної відповідальності дорослих осіб за себе і своїх дітей.

У прийнятті рішення про завершення завдання не має бути двозначності. Сторони повинні спільно визначити, чи вважати завдання успішно виконаним, невиконаним або неповністю виконаним. При цьому беруться до уваги критерії стабілізації життєвої ситуації і поліпшення становища людини.

Критерії стабілізації життєвої ситуації і поліпшення становища отримувача соціальних послуг

- Прийняття діагнозу захворювання (ВІЛ-інфекції) і пов'язаних з ним життєвих перспектив.
- Поставлення на облік у СНІД-Центрі, проходження необхідного обстеження і лікування.
- Усунення ризику відмови від дитини (стосується вагітних жінок або сімей із ризиком вилучення дитини через неспроможність виконувати свої батьківські обов'язки).
- Обстеження дитини й остаточне визначення її статусу (наявність або відсутність ВІЛ-інфекції).
- Мотивація та навички особи із самообслуговування, догляду за дитиною тощо.
- Наявність усіх необхідних документів (паспорта, поліса, реєстрації та ін.).
- Стабільний і достатній фінансовий дохід, працевлаштування (або чітко сформоване бажання щодо працевлаштування та активні дії у цьому напрямі).
- Постійне місце проживання.
- Усвідомлення власних бажань, цілей та визначення планів на майбутнє.
- Наявність внутрішньосімейної і зовнішньої підтримки.

- Стабільність психологічного та емоційного стану.
- Упевненість у своїй здатності справлятися з труднощами, незалежність від послуг, які надає організація.
- Тривале (понад рік) і успішне проходження терапії.
- Регулярність відвідування лікаря та здачі аналізів тощо.

Кінцевою метою будь-якого втручання в контексті роботи з сім'ями, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, має бути запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції і зменшення рівня смертності як пряма відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Якими є основні рекомендації щодо роботи з сім'ями, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу?

- 1. ФСР/соціальним працівникам, що працюють з сім'ями, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, необхідно знати про психологічні аспекти сприйняття власного ВІЛ-статусу людиною, щоб ефективно відповідати на потреби родини.** Люди, які мають будь-яке серйозне захворювання, у тому числі й хронічне, сприймають хворобу як одну з найтравматичніших подій у своєму житті. Як наслідок, такі переживання позначаються на фізичному та психічному стані хворого. Передусім виникають негативні емоції: страх, тривога, біль, страждання, гнів, почуття провини, які по-різному виявляються на різних стадіях перебігу захворювання та його лікування. Доросла людина не завжди спроможна подолати такі переживання, ще складніше зробити це дітям.
- 2. ФСР/соціальні працівники неодмінно мають враховувати, чи поінформована дитина про ВІЛ-статус батьків чи власний ВІЛ-статус для уникнення ситуацій незапланованого і не погодженого з членами родини, травматичного розкриття ВІЛ-статусу.** Це надзвичайно важливо щодо психо-емоційних наслідків для самої дитини, яка не була підготовлена до повідомлення їй подібної інформації. Бар'єри на шляху розкриття охоплюють побоювання, що дитина розкриє свій статус іншим та стане об'єктом стигматизації, що може призвести до негативних наслідків для її емоційного та фізичного здоров'я.
- 3. Особливістю ведення випадку у роботі з сім'ями, діти яких зняті із спеціального медичного обліку, але батьки мають інвалідність, пов'язану з ВІЛ-інфекцією, є налагодження постійної взаємодії з близькими родичами.** Це здійснюється для покращення умов догляду, взаємовідносин між членами сімей, залучення їх до участі в процесі виховання дитини. ФСР/соціальний працівник повинен чітко усвідомлювати, що після смерті біологічних батьків дитина має зберегти родинне коріння, тобто виховуватися у родичів, бути під їх опікою чи піклуванням. Якщо у дитини немає близьких родичів, то після смерті батьків ФСР/соціальний

працівник спільно із залученими спеціалістами повинен сприяти влаштуванню дитини у сімейні форми виховання дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування.

4. У процесі ведення випадку до роботи із сім'єю варто долучати психолога. Його зусилля мають бути спрямовані на розкриття ВІЛ-статусу особі, підготовку дитини, у разі потреби, до нового місця проживання тощо.

5. Особливості роботи з сім'ями, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, обумовлюються наявністю в сім'ї кількох дітей. Якщо в сім'ї одна дитина, відповідно до віку, знає про статус іншої дитини, то водночас з тривогою та переживанням за здоров'я брата чи сестри можуть спостерігатися прояви напруги і суперництва. Зокрема, у тому випадку, коли ВІЛ-інфікованої дитині приділяється більше уваги, підкреслюється особливе ставлення та необхідність підвищеної турботи про неї, у неінфікованої дитини це може викликати роздратування та відчуження від батьків і брата (або сестри).

Щоб цього уникнути, батькам варто дотримуватися таких рекомендацій:

- Слід намагатися приділяти однакову увагу обом/усім дітям. Рушійною силою суперництва між дітьми є бажання привернути увагу.
- Батьки повинні пам'ятати, що й у здорової дитини є свої проблеми, і вона потребує їх уваги та допомоги.
- Необхідно допомогти дітям усвідомити їх індивідуальність без суперництва, не можна порівнювати одну дитину з іншою. Порівняння викликають лише взаємні образи та конфлікти.
- Батькам не доцільно обмежувати ВІЛ-інфіковану дитину в потребі у спілкуванні з однолітками, навчанні та розвитку.
- Мати чи батько не повинні захищати постійно тільки одну дитину, навіть коли вона винна, лише тому, що в неї проблеми зі здоров'ям.
- Кожна дитина має знати свої обов'язки, відповідно до її віку, та права нарівні з іншими дітьми.

6. ФСР/соціальний працівник повинен пояснити батькам, що їх дитина така сама, як інші діти; вона потребує спілкування, розширення свого світогляду. У зв'язку зі встановленим діагнозом у батьків можуть виникнути відчуття відчуженості, бажання відгородитися від інших людей, ізолювати дитину від зовнішнього світу. У таких випадках батьки намагаються обмежувати спілкування дитини з однолітками, проте таке спілкування є однією з провідних потреб дитини.

7. Важливо надавати психологічну підтримку дитині в період госпіталізації. ВІЛ-інфіковані діти через стан здоров'я можуть потребувати госпіталізації. Госпіталізація є серйозним стресом для дитини. Емоційні страждання часто збільшують фізичний біль і нездужання. Щоб полегшити дитині перебування у стаціонарі, їй необхідно доступно пояснити, з якою метою її направлено до лікарні, які процедури будуть проводитись, як змінювати-

меться її стан. Доцільно встановити атмосферу довіри між дитиною та медичним персоналом. Не слід лякати дитину медичними працівниками та маніпуляціями. Діти можуть взяти з собою в лікарню улюблену іграшку – це допомагає їм відчувати тісний зв'язок з домівкою і підтримує в період, коли важко, зменшує відчуття самотності. Організація ігор, конкурсів дає дитині змогу розкритися, відволіктися від думок про хворобливий стан. Їй набагато легше перенести найнеприємнішу процедуру, коли вона знає, що після цього буде щось цікаве, захопливе. Необхідно використовувати всі можливості для зменшення болю при проведенні медичних процедур. Дитині дуже потрібно знати, що перебування в лікарні – це тимчасовий захід.

8. Надзвичайно важливо під час ведення випадку сім'ї, в якій виховуються ВІЛ-позитивні діти або діти віком до 18 місяців, народжені ВІЛ-позитивними матерями, які перебувають на спеціальному медичному обліку, щоб спеціалісти у міждисциплінарній взаємодії постійно здійснювали такі заходи:

- контроль за своєчасним відвідуванням батьками з дитиною медичного закладу, на обліку якого вона перебуває;
- контроль за своєчасним отриманням та вживанням препаратів антиретровірусної терапії;
- формування у батьків прихильності до лікування дитини.

Порушення режиму лікування та настанов лікаря часто призводить до важких наслідків для здоров'я та життя дитини; а батьки можуть бути притягнуті до відповідальності, у тому числі кримінальної, за свідоме нараження на небезпеку життя і здоров'я дитини.

Тому, насамперед, ФСР/соціальний працівник, який веде випадок, має підтримувати постійний контакт з членами сім'ї, і, в разі потреби, знову і знову проводити інформаційні заняття для батьків щодо підтримки у дитини прихильності до лікування, або надавати психологічну підтримку батькам, втомленим від лікування ВІЛ-інфекції.

9. Соціальні послуги не надаються батькам або членам сім'ї, які перебувають у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння; але в цьому випадку фахівець має оцінити ризик для здоров'я та життя дитини, яка може виховуватись у такій родині, і прийняти відповідне рішення в інтересах дитини.

Список використаних джерел

1. 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 / О. Андрушків, О. Косенко, О. Правдива та ін. – К.: ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. – 14 с.
2. Розкриття ВІЛ-позитивного статусу вашій дитині: брошура для батьків. – К., 2009. – 40 с.
3. Савчук О. Професіонали в роботі. Робота з випадком / О. Савчук, К. Сініцина. – К.: ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2013. – 34 с.
4. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації / Т. Семигіна, О. Банас, Д. Богдан [та ін.]. – К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2006. – 620 с.
5. Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями: процес розкриття ВІЛ-статусу дитини : методичний посібник / заг. ред. канд. пед. наук Н. Ф. Романової. – К. : Інжиніринг, 2009. – 148 с.

Список рекомендованих джерел

1. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Н. Котова Н., О. Старець, Н. Леончук [та ін.]. – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010. – 176 с.
2. Довідник: послуги для підлітків щодо профілактики ризикованої поведінки та інфікування ВІЛ у місті Києві / Журавель Т. В., Лях Т. Л., Спіріна Т. П. ; за ред. Журавель Т. В., Т. Л. Лях. – К. : ФО-П Буря О.Д., 2014. – 136 с.
3. Путівничок для підлітків: послуги профілактики ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки у місті Києві: довідник організацій, які протидіють поширенню ВІЛ/СНІДу та надають послуги підліткам / Журавель Т. В., Лях Т. Л., Спіріна Т. П.; за ред. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях. – К. : ТОВ «СІЛЬВЕР СТАЙЛ», 2014. – 160 с.
4. Робота з сім'ями, які потребують професійної соціально-педагогічної підтримки. Тренінговий курс для спеціалістів соціальної сфери / В. Головатий, А. Калініна, О. Виноградова; заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. – К.: Основа Принт, 2007. – 128 с.
5. Розкриття ВІЛ-позитивного статусу : збірник статей і методичних рекомендацій. – К.: КМВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2009. – 144 с.
6. Руководство по оценке и междисциплинарному ведению случая для оказания помощи детям и семьям, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации. – СПб.: Врачи детям, Эврчайлд, 2008. – 120 с.
7. Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. – СПб.: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2008. – 174 с.
8. Сходинки здоров'я для батьків: просвітницько-профілактична тренінгова програма : навчально-методичний посібник для фахівців соціальної сфери щодо проведення просвітницько-профілактичних занять за програмою «Сходинки» з батьками/опікунами підлітків, які перебувають у конфлікті з законом / Т. Г. Веретенко та ін.; за ред. Т. Л. Лях. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита»», 2015. – 156 с.

Додаток 8.1.

Основні завдання провідних надавачів послуг сім'ям, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу та ЛЖВ

Надавач послуг	Основні завдання
Державні організації	
Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді» (КДМ) (діють на всій території України)	<p>КДМ є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я, який надає медико-соціальну допомогу дітям і молоді на основі Дружного підходу до молоді, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та не засуджуючий підхід до відвідувача.</p> <p>КДМ надає медико-соціальну допомогу дітям віком 10-18 років і молоді віком 18-24 роки, а також молоді віком до 35 років за зверненням, при невідкладних показаннях та у разі відсутності інших закладів охорони здоров'я або спеціалістів за профілем діяльності Центру; співпрацює з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді на підставі укладених угод.</p> <p>Основні завдання КДМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • медико-соціальна, консультативна допомога, спрямована на формування здорового способу життя, збереження психічного здоров'я, у т. ч. в складних життєвих обставинах; • попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу її наслідків; профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, у т. ч. ВІЛ/СНІДу; • збереження репродуктивного здоров'я та підготовка до усвідомленого батьківства; • формування відповідальної поведінки у статевих та міжособистісних відносинах; • профілактична, інформаційно-просвітницька робота, спрямована на формування у відвідувачів навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня поінформованості з питань здорового способу життя тощо.
Центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді	<p>Основними завданнями центрів є створення умов для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, розроблення і здійснення заходів щодо соціальної підтримки і супроводу таких дітей та молоді, що спрямовані на їх інтеграцію в суспільство.</p> <p>Основні завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надає ВІЛ-інфікованим дітям та молоді різні види соціальних послуг (соціально-побутові, психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, юридичні та інформаційні); здійснює лікувально-оздоровчі заходи, надає в разі потреби першу невідкладну допомогу; • організовує клуби за інтересами, проводить конкурси; залучає батьків або осіб, які їх замінюють, до співпраці, дає їм методичні поради; • організовує роботу груп взаємодопомоги для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, а також батьків або осіб, які їх замінюють; • забезпечує харчування дітей та молоді, що в ньому перебувають, відповідно до установлених норм тощо. <p>Послуги надаються центром на безоплатній основі. За потреби та наявності можливості центр може приймати ВІЛ-інфікованих дітей і молодь та надавати їм необхідну допомогу цілодобово.</p>

Надавач послуг	Основні завдання
<p>Центри профілактики та боротьби зі СНІДом (Центри міського та обласного рівнів діють на всій території України)</p>	<p>Центри є спеціалізованими лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я.</p> <p>Центри ВІЛ/СНІДу міського чи обласного рівнів здійснюють:</p> <ul style="list-style-type: none"> • організацію та надання необхідних видів медичної, медико-психологічної, соціальної і позаликарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД; • клініко-лабораторну діагностику ВІЛ-інфекції, опортуністичних інфекцій; • диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД та епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу при взятті на диспансерний облік; • облік, профілактичне лікування і диспансеризація медичних працівників, які мали ризик інфікуватися при виконанні професійних обов'язків; • організацію медичного огляду населення регіону на наявність ВІЛ-інфекції на засадах добровільного тестування з перед- та післятестовим консультуванням; • співпрацю з іншими державними, громадськими та міжнародними організаціями з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу; • залучення представників неурядових ВІЛ-сервісних організацій, Товариства Червоного Хреста, Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, соціальних служб і груп взаємодопомоги для догляду, підтримки та надання психологічної, соціальної, юридичної допомоги ВІЛ-інфікованим і членам їх родин тощо.
<p>Кабінети «Довіра» (діють на всій території України)</p>	<p>Кабінети «Довіра» є спеціалізованим структурним підрозділом Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, основними функціями якого є:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надання послуг консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію особі, яка звернулася до кабінету «Довіра», та видача такої особі довідки про результати тестування за формами, затвердженими наказом МОЗ України від 21.12.2010 р. № 114; • встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, проведення АРТ, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення медичного нагляду за ними відповідно до Порядку встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, затвердженого наказом МОЗ України від 10.07.2013 р. № 585; • здійснення медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими вагітними жінками, призначення та супровід медикаментозної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням АРТ; • заходи з планування сім'ї, збереження репродуктивного та сексуального здоров'я; • консультування членів родин і близьких людей, які живуть з ВІЛ, у разі їх звернення, ознайомлення із заходами індивідуальної профілактики щодо запобігання інфікуванню ВІЛ, формування прихильності до лікування, залучення їх до обстеження на ВІЛ-інфекцію з профілактичною метою; • забезпечення взаємодії з іншими підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності у наданні паліативної та хоспісної допомоги, догляді та підтримці людей, які живуть з ВІЛ; • співпраця з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування (надання соціальних послуг), центрами здоров'я, центрами планування сім'ї та репродукції людини, осередками Товариства Червоного Хреста України та іншими благодійними і громадськими організаціями для забезпечення комплексності надання соціально-медичних та психологічних послуг особам з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ тощо.

Надавач послуг	Основні завдання
<p>Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (діють на всій території України)</p>	<p>ЦСССМ – спеціальні заклади, що забезпечують організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги.</p> <p>Основними завданнями центрів є:</p> <ul style="list-style-type: none"> • участь у виконанні загальнодержавних та інших соціальних програм шляхом проведення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, зокрема забезпечення соціального обслуговування, соціального супроводу та патронажу, соціальної профілактики і реабілітації, соціальної та психологічної адаптації; • створення спеціалізованих формувань та забезпечення їх функціонування; • залучення громадськості до проведення роботи із сім'ями, дітьми та молоддю, підтримка та розвиток волонтерського руху.
Громадські організації	
<p>Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» (регіональні представництва діють на всій території України)</p>	<p>Мережа ЛЖВ – найбільша і найпотужніша благодійна організація в Україні, що представляє інтереси ВІЛ-позитивних українців. Всеукраїнська мережа ЛЖВ має 40 представництва в регіонах України, налічує близько 500 членів організації і надає послуги більш ніж 95 000 людей.</p> <p>Цільові групи організації:</p> <ul style="list-style-type: none"> • особи, які живуть з ВІЛ/СНІДом; • особи з груп ризику щодо інфікування ВІЛ; • особи, яких торкнулася епідемія ВІЛ/СНІДу; • особи із соціально небезпечними захворюваннями та онкохворі; • постраждалі внаслідок катастроф, збройних конфліктів, нещасних випадків, біженці; • особи, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самотійно їх подолати; • бенефіціари, які визначаються Організацією у благодійних програмах. • напрями діяльності: • надання ЛЖВ (дорослим та дітям) послуг з догляду та підтримки в громаді та формування прихильності до лікування; • закупівля АРВ-препаратів та тест-систем на СД-4, вірусне навантаження та резистентність, проведення діагностики туберкульозу серед ВІЛ+; • профілактика ВІЛ, лікування наркозалежності, надання АРТ, послуги з догляду та підтримки для ув'язнених; • захист прав людини, зменшення стигми та дискримінації. • Більше інформації про послуги, що надаються людям, які живуть з ВІЛ, можна знайти на сайті: www.network.org.ua.
<p>Національна лінія телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу 0-800-500-451 (безкоштовно на всій території України зі стаціонарних телефонів та з телефонів деяких операторів мобільного зв'язку)</p>	<p>Консультантами Національної лінії телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу є професійні психологи, психіатри, психотерапевти та лікарі-інфекціоністи з багаторічним досвідом роботи у сфері телефонного консультування та у ВІЛ-сервісі, які надають інформаційні та психологічні консультації з проблем:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тестування на ВІЛ-інфекцію; • встановлення діагнозу, лікування та доступу до АРТ; • психологічної підтримки людей, які зіткнулися з проблемою ВІЛ/СНІДу; • доступу до соціальних послуг для ЛЖВ по всій території України; • реабілітації для наркозалежних та ЛЖВ; • захисту прав ВІЛ-позитивних осіб при їх порушенні. <p>На веб-сайті www.helpme.com.ua доступні матеріали з проблеми ВІЛ/СНІДу та наркоманії; є можливість поставити запитання спеціалісту як електронним листом, так і у режимі он-лайн.</p>

Скринінг-анкета щодо ризику наявності туберкульозу (ТБ)

№	Твердження	Так	Ні
1	Кашель триває більше, ніж 2 тижні		
2	Останнім часом підвищена температура тіла 37°–37,2°C без явної на те причини		
3	Останнім часом турбує підвищена втомлюваність та слабкість		
4	Останнім часом турбує підвищена пітливість, особливо вночі		
5	Зменшилася вага тіла з невизначених причин		
6	Задишка виникає при незначному фізичному навантаженні		
7	Періодично турбує біль у грудній клітині		
8	Упродовж останніх 6 місяців був контакт з хворим на туберкульоз		

Відповідь «так» більше ніж на три запитання (у разі обов'язкової відповіді «так» на перше запитання), не означає, що ви хворі на ТБ, але це свідчить, що вам слід терміново обстежитися на ТБ.

3 досвіду роботи

Соціальна історія

Опис випадків із практики міждисциплінарних команд ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» стосовно соціально-психологічного супроводу дітей віком від 6 до 16 років та їх сімей на всіх етапах розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині³⁹.

Усі імена дітей та батьків у наведених описах змінені; назви міст, селищ та ВІЛ-сервісних організацій не зазначені свідомо. Будь-який збіг з реальними людьми вважати випадковим.

За рекомендацією соціального працівника Центру СНІДу до регіонального відділення ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» звернулась ВІЛ-позитивна мама Тетяна та її ВІЛ-позитивний син Антон, 13 років.

Первинна консультація з матір'ю дитини, яка тривала близько години, була проведена соціальним працівником у СНІД-центрі. Під час консультації акцентувалося на необхідності формування свідомої прихильності дитини до вживання АРВ – препаратів для хворого хлопця. У той же день із мамою Антона була проведена консультація психолога і здійснено оцінку ставлення матері до хвороби, розглянуто аргументи на користь розкриття ВІЛ-статусу дитині (РС). Мати погоджувалась із необхідністю розкриття статусу, але сумнівалась, що це потрібно робити саме зараз. Однією із перешкод, яку виявив психолог, був страх жінки, що її батьки, які виховують її сина, почнуть зневажати її, коли дізнаються про їх ВІЛ-позитивний статус.

Сім'я проживає у приватному будинку, розділеному на два окремих входи. В одній половині будинку мешкає Тетяна із донькою Марією (9 років, статус – ВІЛ-негативний), в іншій половині – Антон разом із бабусею та дідусем, які його виховують. Ніхто в сім'ї не знає про ВІЛ-позитивний статус Тетяни та Антона. Стосунки між Тетяною та її батьками були напружені у зв'язку з її минулим, коли вона вживала наркотики. З моменту реабілітації та повної відмови від вживання наркотиків минуло вже три роки.

У березні 2012 року Антона поклали на стаціонарне лікування в гематологічне відділення дитячої обласної лікарні, де він проходив обстеження з підозрою на захворювання крові. Коли діагноз не підтвердився, лікар звернувся до Обласного центру по боротьбі зі СНІДом, де порекомендували зробити хлопчику тест на ВІЛ. Коли результат виявився позитивним, на другий день хлопчика виписали з лікарні. За результатами лабораторного дослідження, проведеного в обласному СНІД-центрі, хлопцю встановлено діагноз: ІV клінічна стадія ВІЛ-інфекції, тяжка імуносупресія. Також було зроблена комп'ютерна томографія черевної порожнини та органів грудної клітини: виявлено збільшення лімфатичних вузлів.

Тетяна дізналась про свій діагноз під час другої вагітності, у 2003 році, але не обстежувалась та не спостерігалась у лікаря з цього приводу. Після виявлення в Антона ВІЛ-інфекції Тетяна також пройшла обстеження. Результати аналізів у нормі, тож АРВ-терапію матері ще не призначено. Саме при таких обставинах у 13 років в Антона виявили ВІЛ-інфекцію та поставили на облік у СНІД-центрі.

Зважаючи на вік дитини, його хвилювання з приводу хвороби та необхідність формувати прихильність до лікування, на засіданні МДК було вирішено розпочати процес розкриття статусу. Мати добре йшла на контакт як з медичними працівниками, так і з психологом. Вона перебувала у пригніченому емоційному стані, боялась, що її батьки, коли дізнаються про їх ВІЛ-позитивний статус, будуть засуджувати і відносини між ними знову погіршаться.

³⁹ Опис випадків із практики мультидисциплінарних команд проекту «Діти плюс»: соціально-психологічний супровід дітей віком від 6 до 16 років та їх сімей на всіх етапах розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині. – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», – 2013.

3 досвіду роботи

Стосунки між матір'ю та дитиною досить хороші, вони часто бачаться та спілкуються. Під час оцінки готовності Антона до розкриття його ВІЛ-статусу члени МДК дійшли висновку, що інтелектуальний розвиток дитини відповідає нормі. Психоемоційний стан дитини важкий, відмічається занепокоєння станом свого здоров'я та життя загалом. Сам хлопець говорить про те, що, перебуваючи в гематологічному відділенні, де йому робили пункцію кісткового мозку, він погано себе почував через біль та нестачу інформації про те, що саме з ним відбувається. До роботи з випадком були залучені соціальний працівник, психолог та лікар-педіатр СНІД-центру. Між усіма членами МДК були чітко розподілені функціональні обов'язки, виходячи із потреб дитини і родини зокрема.

Після першого позитивного тесту на ВІЛ хлопчика виписали з гематологічного відділення. Мати ходила на прийом до лікаря СНІД-центру, де і розпочалась робота. При консультуванні матері встановлено, що хлопчик ставить питання з приводу свого діагнозу. З матір'ю було обговорено, яким чином розпочати роботу з дитиною. Тетяна розповіла Антону, що необхідно пройти додаткові обстеження. Під час візиту до СНІД-центру соціальним працівником проведено розмову з Антоном щодо здоров'я, імунітету, хвороб загалом; було виявлено ставлення дитини до стану його здоров'я на цей час. Хлопчик добре йшов на контакт, брав активну участь у розмові: запитував, уважно слухав, уточнював інформацію. Але питань стосовно ВІЛ-інфекції він не ставив.

Психологом здійснювалася психологічна підтримка матері та дитини, але зустрічі відбувалися вже на базі Дитячого центру ВІЛ-сервісної організації. Це були індивідуальні заняття, під час яких проводилась робота зі страхами хлопця стосовно стану його здоров'я. Антон говорив, що коли він перебував у стаціонарі гематологічного відділення, то бачив дітей у тяжкому стані і боявся, що в нього теж рак і що він може померти. Також під час занять визначалось коло підтримки дитини та рівень сформованості поняття приватності. Протягом підготовчого періоду, який тривав один місяць, Антон отримав дві індивідуальні консультації, які охоплювали проведення арт-терапевтичних методик та були спрямовані на зниження рівня тривожності, проте емоційний стан хлопчика особливо не змінювався. У цей же період Антон тричі відвідував лікаря-педіатра СНІД-центру. Під час цих зустрічей, окрім взяття аналізів, лікар проводила консультування на тему збереження здоров'я та лікування його хвороби.

Початком роботи з матір'ю стало консультування щодо необхідності прийняття АРВ-терапії. Лікар провів з Тетяною п'ять консультацій стосовно подальшого обстеження сина у НДСЛ «ОХМАТДИТ», з метою термінового призначення АРВ-терапії. Індивідуальні консультації психолога були спрямовані на підвищення поінформованості щодо різних аспектів життя з ВІЛ, особливостей прийняття АРВ-препаратів та мотивування матері до розкриття ВІЛ-статусу Антону до моменту госпіталізації дитини. До консультацій долучався і соціальний працівник, особливо стосовно питань АРВ-терапії, лікування, а також щодо мотивації Тетяни до самостійного повідомлення діагнозу синові. Тетяна погодилась розкрити статус дитині у присутності соціального працівника, але в той же день прийняла рішення зробити це самостійно і поговорила з Антоном вдома. Наступного дня, вранці, вона повідомила соціального працівника, що напередодні ввечері розкрила ВІЛ-статус Антону і попросила поговорити з дитиною. Зміст розмови з хлопчиком (зі слів його матері):

Мати сказала Антону, що в нього ВІЛ.

– Звідки? – спитав син.

– Я знала, що я ВІЛ-інфікована з 2003 року, – відповіла вона і розказала, що навіть не могла подумати, що в нього може бути ВІЛ-інфекція. Вона вважала, що інфікувалася вже після його народження. Хлопчик досить спокійно сприйняв інформацію. Він зрозумів, що саме з ним відбувається та чому мати приховувала від нього цю інформацію.

3 досвіду роботи

Після цієї розмови з сином Тетяна наважилась розкрити свій ВІЛ-статус та Антона своїм батькам. Вони одразу запитали, чи Марійка теж є ВІЛ-інфікованою (молодша донька), Тетяна заплакала, відповіла «ні» та розповіла своїм батькам, що з цим діагнозом люди можуть жити. Вона запропонувала батькам поспілкуватись зі спеціалістами і дізнатись більше про ВІЛ-інфекцію.

Наступного дня після розкриття статусу Тетяна разом із сином прийшли на консультацію до психолога. Антона хвилювало таке питання: «Чи буду я жити?» Сім'я отримала психологічну підтримку. Соціальний працівник скоригував знання хлопчика про ВІЛ: шляхи передавання, можливості лікування, дія препаратів. Стабілізувався психоемоційний стан дитини. У групових заняттях для ВІЛ-позитивних підлітків, на які хлопчик був запрошений, Антон демонстрував впевнену поведінку, ставив запитання.

Протягом підтримувального періоду, який загалом тривав близько двох місяців, Антон отримав індивідуальні консультації психолога, спрямовані на розуміння і прийняття свого ВІЛ-статусу, та брав участь у заняттях підліткового клубу для дітей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус.

Сама Тетяна задоволена своїм вчинком, вона відчула полегшення, що тепер не потрібно брехати своїй дитині та своїм батькам, що може відверто спілкуватися з ними стосовно ВІЛ-інфекції. Тетяна відчула полегшення тому, що її батьки, незважаючи на її страхи, підтримали її. Нині Тетяна може вільно говорити з дитиною про ВІЛ, відповідати на всі його запитання стосовно хвороби та лікування.

Батько Тетяни висловлював занепокоєння стосовно життя рідних йому людей. У розмові із соціальним працівником та лікарем запитував щодо життя з ВІЛ та ВІЛ-статусу Марійки. Лікар пояснила йому, що дитина була знята з обліку у 18 місяців і є цілком здоровою. Дідусь отримав дві консультації психолога з питань лікування ВІЛ-інфекції та різних аспектів життя з ВІЛ.

Після розкриття ВІЛ-статусу дитині психолог провела сімейну консультацію, щоб з'ясувати, що зрозумів Антон та як почуваються мати і дитина. Тетяна взяла участь в одному груповому занятті, де змогла поділитись з іншими батьками своїм позитивним досвідом розкриття ВІЛ-статусу своїй дитині та отримати підтримку від інших учасників групи. Тетяна тепер виглядає іншою людиною: вона завжди усміхнена і з надією дивиться в майбутнє.

Робота з цим випадком тривала три місяці. Досягнення роботи:

- Антон дізнався про власний ВІЛ-позитивний статус та ВІЛ-статус своєї матері;
- Антону була призначена АРВ-терапія, надавались консультації з питань прихильності до терапії як матері, так і самій дитині;
- Антон свідомо та відповідально підходить до свого лікування;
- стосунки між дитиною та матір'ю покращились, стали більш довірливими, Антон з розумінням ставиться до приватності інформації про ВІЛ;
- Тетяна відкрила своїм батькам власний статус, їх стосунки також покращились.

Цей приклад роботи з сім'єю демонструє, що професійний командний підхід та дотримання поетапності виконання всього процесу розкриття ВІЛ-статусу, враховуючи потреби дитини та родини, дають змогу досягти максимального результату.

Дата підписання поінформованої угоди – 14.03.2012 р.

Дата розкриття ВІЛ-статусу дитині – 27.04.2012 р.

Дата закриття випадку – 31.05.2012 р.

З досвіду роботи

ЕФЕКТИВНА МОДЕЛЬ

соціально-психологічного супроводу дітей віком від 6 до 16 років та їх сімей на всіх етапах розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитини

Методика розкриття статусу ВІЛ-позитивній дитині/підлітку (далі – ВІЛ-позитивна дитина), що розроблена та апробована ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (далі - Мережа). Модель пілотувалася в рамках проекту «Діти плюс» з 2008 по 2013 р. на базі 11 регіональних відділень Мережі з подальшим поширенням досвіду на інші регіональні представництва Мережі в Україні.

У межах моделі до процесу розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині було залучено 1 326 дітей, яких торкнулась епідемія ВІЛ/СНІДу. Загалом статус розкрито 1101 дитині, з них 512 дітям розкрито їх власний ВІЛ-позитивний статус, 589 дітей дізнались про статус батьків/сестер/братів.

Цільова група інтервенції:

- люди, які живуть з ВІЛ;
- ВІЛ-позитивні діти та підлітки, які не знають про свій ВІЛ-статус;
- ВІЛ-негативні діти, які мають ВІЛ-позитивних родичів.

Очікувані результати інтервенції:

Очікувані результати	Ефекти впровадження інтервенцій
Знання/ставлення	Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих, які знають свій ВІЛ-статус
Прихильність	Покращення дотримання режиму лікування
Якість життя	Поліпшення якості життя за будь-яким параметром
Смертність	Зниження смертності серед ВІЛ-інфікованих
Стигма і дискримінація	Зниження самостигматизації та самодискримінаційних рішень

Розкриття батьками, опікунами або іншою особою (яка отримала таке право за згодою батьків) ВІЛ-статусу здійснюється із застосуванням міждисциплінарного підходу ведення випадку. У центрі системи надання соціально-психологічних послуг з розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитини є родина, тобто батьки та ВІЛ-позитивна дитина. При першому зверненні або в процесі отримання соціально-психологічної допомоги людина проходить умовний «шлях отримувача соціальних послуг» від фахівця широкого профілю до фахівця міждисциплінарної команди (далі – МДК). У кожному конкретному випадку «шлях отримувача соціальних послуг» буде різнитися залежно від ситуації (випадку, що супроводжується), кількості членів МДК та їх профілю, а також спільно розробленого плану роботи.

«Шлях отримувача послуг» передбачає такі етапи:

- Перший контакт, збір детальної інформації про стан родини та дитини.
- Створення МДК для ведення випадку.
- Оцінка випадку командою, розроблення плану надання послуг.
- Перенаправлення особи в інші організації або заклади.
- Постійний обмін інформацією в команді, оцінка виконання плану.
- Оцінка досягнутих результатів роботи, завершення роботи над випадком.

3 досвіду роботи

Розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині є тривалим процесом. Розкриття статусу може бути лише тоді, коли дитина отримала та успішно засвоїла необхідну інформацію про такі поняття, як «здоров'я людини», «хвороба», «лікування», «підтримка» тощо, що можна перевірити за допомогою спеціальних ігор, завдань та бесід з дитиною.

Пакет послуг при супроводі сім'ї з питань розкриття ВІЛ-статусу дитині охоплює:

- Оцінку дитини та її сім'ї щодо готовності до розкриття ВІЛ-статусу.
- Проведення первинних консультацій психологом/соціальним працівником/медичним працівником.
- Психологічний супровід дітей та батьків у процесі розкриття статусу дитини.
- Психологічний супровід дітей у процесі розкриття статусу дітей в інтернатних закладах.
- Надання підтримки дітям та сім'ям після розкриття статусу:
 - індивідуальні консультації;
 - групи взаємодопомоги;
 - організація діяльності дитячих/підліткових клубів, спрямованих на підтримку дітей після розкриття ВІЛ-статусу дитині.

Місце надання послуги:

Інтервенція може надаватися за місцем постійного проживання дитини (з батьками або в інтернатному закладі), у приміщеннях установ та закладів, які надають соціально-психологічні послуги ВІЛ-позитивним дітям та їх сім'ям. З особливою уважністю треба розглядати випадки розкриття ВІЛ-статусу дитині в умовах стаціонару. Через імовірні негативні психологічні та емоційні переживання дитини, пов'язані з лікуванням, фізичним болем та дискомфортом перебування у лікувальному закладі, момент розкриття ВІЛ-статусу може буди додатковою кризою, вплинути на процес одужання та мати відстрочені негативні наслідки для дитини і її батьків. Рішення щодо розкриття статусу дитині в умовах стаціонарного лікування приймається всіма членами МДК з огляду на обставини та з урахуванням інтересів дитини та її батьків.

Модель передбачає використання таких методів роботи:

- оцінка потреб людини;
- розроблення індивідуального плану супроводу;
- консультування та надання інформації батькам або опікунам;
- бесіди, ігри, заняття з ВІЛ-позитивними дітьми.

Загальна схема впровадження інтервенції структурно може бути зображена таким чином.

Етапи розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитині:

- Ознайомлення батьків/опікунів з перевагами та недоліками розкриття ВІЛ-позитивного статусу.
- Отримання згоди від батьків/опікунів на розкриття ВІЛ-статусу.
- Оцінювання сім'ї (зокрема, щодо аспектів: психологічний стан та вік дитини, стан здоров'я дитини, динаміка сім'ї (події, зміни, кризи тощо), «сигнали» стосовно її ВІЛ-статусу, отримані від дитини).
- Підготовка до розкриття ВІЛ-статусу.
- Розкриття ВІЛ-позитивного статусу.
- Підтримка сім'ї після розкриття ВІЛ-позитивного статусу.

З досвіду роботи

Інтервенція може бути використана для розкриття ВІЛ-позитивного статусу дітям-сиротам та дітям, які позбавлені батьківського піклування, та які виховуються в інтернатах. У такому випадку вона матиме свої особливості, пов'язані з життєвою історією, умовами виховання дитини, обмеженим колом осіб, які її підтримують, тощо.

Модель повідомлення дитині про її ВІЛ-позитивний статус здійснюється відповідно до методичного посібника «Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями в процесі⁴⁰ розкриття ВІЛ-позитивного статусу дитини», Наказу МОЗ України від 29.11.2002 р. № 448 «Про затвердження методичних рекомендацій «Організація медичної допомоги та догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах»⁴¹.

Для мотивації батьків до розкриття статусу дитині спеціально розроблено брошуру для батьків «Розкриття ВІЛ-позитивного статусу вашої дитини»⁴², яка містить відповіді на основні запитання батьків та рекомендації щодо підготовки до розмови з дитиною.

⁴⁰ <http://www.network.org.ua/assets/Uploads/StatusRus.pdf>.

⁴¹ <http://document.ua/organizacija-medichnoyi-dopomogi-ta-dogljadu-za-vil-infikova-nor8917.html>.

⁴² <http://network.org.ua/upload/iblock/66b/66bed26c952e8c2834e5896c082a058b.pdf>.

РОЗДІЛ

9

**СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ДІТЕЇ,
ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ
У КОНФЛІКТІ ІЗ ЗАКОНОМ,
ТА ЇХ СІМЕЇ**

РОЗДІЛ 9. Соціальна підтримка дітей, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сімей

- У чому полягає сутність конфлікту із законом?
- Якими є основні фактори ризику потрапляння дитини у конфлікт із законом?
- Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з дітьми, які перебувають у конфлікті з законом?
- Хто може бути надавачем послуг дітям, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ям?
- Які особливості проведення оцінки потреб? На що необхідно звертати особливу увагу?
- Які особливості планування роботи?
- Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з дітьми, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ями?
- Якими є основні рекомендації щодо роботи з дітьми, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ями?
- Соціальна історія
- Ефективна модель «Центр відвідування для дітей у конфлікті із законом»

Додаток 9.1. Орієнтовний алгоритм взаємодії підрозділів Кримінально-виконавчої інспекції (КВІ – органу пробації) та центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, служб у справах дітей у заходах, які вживаються щодо неповнолітніх у конфлікті з законом

Додаток 9.1.1. Банк ресурсів (наявних у місцевій громаді)

Додаток 9.1.2. Орієнтовний план групових заходів ЦСССДМ

Додаток 9.1.3. Довідка про участь у заходах ЦСССДМ

Додаток 9.2. Стадії зміни поведінки

У чому полягає сутність конфлікту із законом?



Конфлікт із законом – це ситуація, яка виникає внаслідок порушення особою законодавчо закріплених норм та тягне за собою певні санкції.

Дитина, яка перебуває у конфлікті із законом, – це неповнолітня особа (неповноліття охоплює період від 14 до 18 років), яка скоїла правопорушення і/або перебуває на профілактичному обліку у відділі/секторі ювенальної превенції, або відбуває покарання за вироком суду (пов'язане з позбавленням волі чи ж альтернативне покарання).

Серед дітей, які перебувають у конфлікті із законом, можуть бути такі категорії:

- діти, які поставлені на профілактичний облік у секторах ювенальної превенції (раніше – кримінальна міліція у справах дітей);
- діти, які поставлені на облік у кримінально-виконавчій інспекції (підрозділі пробації), тобто засуджені до покарань, не пов'язаних із позбавленням волі, або звільнені від відбування покарання з випробуванням;
- діти, ув'язнені у слідчому ізоляторі;
- діти, які відбувають покарання, пов'язане з позбавленням волі у виховній колонії.

У цьому параграфі ми розглянемо особливості роботи з дітьми, які поставлені на облік у кримінально-виконавчій інспекції (підрозділі пробації), та їх сім'ями. Адже сьогодні, у час реформування системи та підходів до покарань неповнолітніх, велика увага зосереджена на розвитку пробації, що є альтернативою ув'язненню і дозволяє максимально ефективно використовувати принципи перевиховання та ресоціалізації в умовах громади дітей, які потрапили у складні життєві обставини у зв'язку із правопорушенням, та їх сімей. Консолідація зусиль для ефективного надання послуг таким дітям та їх сім'ям на рівні громади здатна забезпечити подолання і попередження тих факторів, які впливають на рецидивну злочинність.



Пробація – система наглядових та соціально-виховних заходів, що застосовуються за рішенням суду та відповідно до закону до засуджених, виконання певних видів кримінальних покарань, не пов'язаних із позбавленням волі, та забезпечення суду інформацією, що характеризує обвинуваченого⁴³. Основною метою пробації є запобігання повторним правопорушенням та ресоціалізація осіб, які потрапили у конфлікт із законом, шляхом дослідження їх особливостей та умов життя, впровадження системи програм різного спрямування, соціального патронажу тощо. Процес пробації зорієнтовано також на дослідження факторів, що сприяли вчиненню злочину, та, за можливості, усунення їх впливу.

⁴³ Закон України «Про пробацію» від 5 лютого 2015 р. №160-VIII.

Якими є основні фактори ризику потрапляння дитини у конфлікт із законом?

Існує ряд **криміногенних факторів**, які опосередковано чи прямо впливають на **ризик** розвитку девіантної поведінки, зокрема делінквентної та кримінальної.

До них належать як статичні фактори ризику (такі, що не змінюються, включаючи фактори, пов'язані з історією попередніх правопорушень, віком та статтю), так і динамічні (такі, що можуть бути змінені, отже передбачають застосування виправних заходів).

Криміногенні фактори ризику можуть бути класифіковані за п'ятьма категоріями:

1. Особистісні фактори.
2. Фактори сімейного впливу.
3. Фактори шкільного середовища.
4. Фактори впливу ровесників.
5. Фактори громади.

1. До особистісних факторів відносять стан здоров'я, фізичний стан, а також темперамент, специфічні особливості характеру, зокрема:

- акцентуації характеру (найбільш загострені риси характеру, що притаманні 90 % дітей підліткового віку. При цьому дослідження свідчать, що для підлітків, які перебувають у конфлікті із законом, найчастіше характерні такі акцентуації характеру, що заважають ефективній соціальній адаптації та сприяють формуванню делінквентної і кримінальної поведінки: гіпертимний, епілептоїдний (збудливий), істероїдний (демонстративний), нестійкий;
- імпульсивність (часто протиправні дії опосередковуються ситуаційно-імпульсивними чи афективними мотивами; такі мотиви реалізуються без етапу попереднього планування і вибору адекватних об'єктів, цілей, способів і програми дії для задоволення актуальної потреби);
- невміння керувати своїми емоціями та почуттями;
- нездатність мислити критично, логічно та послідовно;
- невміння адаптуватись до ситуації;
- дефіцит соціальних навичок;
- нестача навичок вирішення проблем;
- відсутність навичок прогнозу наслідків, поставлення цілей і планування;
- проблеми психічного здоров'я.



Проблеми із психічним здоров'ям часто вважають важливими індикаторами при визначенні ризику розвитку протиправної поведінки. Найбільш поширеними психічними проблемами є: психопатичний розвиток та психопатії (59,6 %); залишкові прояви органічного ураження мозку та інтелектуальна недостатність (44 %).

До особистісних криміногенних факторів належать також:

- досвід делінквентної поведінки (попередня участь у бійках, вандалізмі, дрібних крадіжках тощо);
- досвід вживання психоактивних речовин (алкоголю, марихуани та інших наркотиків);
- перший досвід вживання психоактивних речовин у віці 14 років чи раніше.

У підлітків, задіяних у системі правосуддя, спостерігаються високі показники вживання алкоголю і наркотиків, але необхідно зазначити, що чинники, які призводять до вживання алкоголю, різняться залежно від статі. Наприклад, хлопці схильні вживати алкоголь та наркотики з метою отримання задоволення, тоді як дівчата роблять це частіше для того, щоб впоратись із психологічною травмою або іншими проблемами. Вплив таких речовин на когнітивно-поведінкові функції підлітка легко спрогнозувати. Роль алкоголю та наркотиків як мотивуючих або сприятливих факторів формування протиправної поведінки стає очевидною із розповідей підлітків про відповідні події чи обставини, які призвели до скоєння злочину.

Важливу роль у формуванні делінквентної та кримінальної поведінки також відіграє наявність антисоціальних поглядів і переконань у підлітків, зокрема:

- толерантне ставлення до порушень закону;
- самоідентифікація з кримінальним оточенням;
- неповага до закону, судових органів, поліції;
- невміння співчувати;
- спротив змінам тощо.

Схвальне ставлення до антисоціальних вчинків, зокрема шляхом нейтралізації (заперечення відповідальності, мінімізація шкоди, звинувачення жертви та виправдання вибору злочинних дій), є особливо характерним індикатором ризику серед неповнолітніх чоловічої статі.

2. Фактори сімейного впливу. Сім'я є основним середовищем соціалізації дитини, саме в сім'ї дитина засвоює основні правила, норми та моделі спілкування. Формування передумов протиправної поведінки неповнолітніх у сімейному оточенні пов'язане зі: складними життєвими обставинами їх рідних; порушенням структури сім'ї та негативним психологічним кліматом у сім'ях; хибною педагогічною позицією батьків та неадекватним стилем сімейного виховання, низькою батьківською компетентністю загалом; нехтуванням

проблемами і потребами дитини; наявністю криміногенного досвіду у батьків або інших членів сім'ї; вживання батьками алкоголю та різного виду психоактивних речовин.

Дослідження, проведені у Піттсбурзі та Кембриджі, засвідчили, що наявність у батька, матері, брата чи сестри неповнолітнього судимості або притягнення членів сім'ї до кримінальної чи адміністративної відповідальності є значним фактором ризику для вчинення правопорушень серед неповнолітніх⁴⁴.

Особлива увага, у контексті криміногенних особистісних факторів, повинна бути спрямована на:

- сім'ї з дітьми, в яких батьки у зв'язку з тривалою хворобою не можуть виконувати належним чином свої батьківські обов'язки;
- сім'ї, де триває процес розлучення батьків та вирішується спір між матір'ю та батьком щодо місця проживання дітей, участі в їх вихованні;
- сім'ї з дітьми, де батьки ухиляються від виконання батьківських обов'язків;
- сім'ї, діти в яких перебувають в інтернатних закладах (крім спеціальних та спеціалізованих), або де є ризик влаштування дітей до таких інтернатних закладів за заявою батьків у зв'язку з неспроможністю задовольнити потреби дітей;
- сім'ї, в яких було скоєне фізичне, психологічне, сексуальне, економічне насильство над дітьми, жорстоке поводження з ними або існує реальна загроза його вчинення;
- сім'ї, в яких діти систематично самовільно залишають місце постійного проживання;
- сім'ї, діти шкільного віку в яких не зараховані для навчання до загальноосвітніх навчальних закладів або систематично без поважних причин пропускають навчальні заняття⁴⁵.

Окрім того, на ризик скоєння правопорушень неповнолітніх впливає байдужість батьків до життя своєї дитини та обмеження часу і тем для спілкування лише побутовими питаннями.

Великий вплив на стосунки між батьками та дітьми чинить схвалення батьками успіхів своєї дитини та створення таких ситуацій успіху. Діти, які отримують підтримку з боку своїх батьків та відчувають себе успішними, набагато рідше потрапляють у ситуації конфлікту із законом.

3. Фактори шкільного середовища. Шкільне середовище є продовженням соціалізації дитини через взаємодію із працівниками школи та однолітками, а

⁴⁴ Farrington D. Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development / Farrington D. – London. : Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2006.

⁴⁵ Постанова КМУ від 24 вересня 2008 р. № 866 (зі змінами) «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини», п. 3.1.

також шляхом її залучення до різноманітних шкільних заходів і формування тих чи інших уподобань, захоплень.

У шкільному середовищі формуванню передумов протиправної поведінки дітей та підлітків сприяють:

- низький рівень безпеки школи (доступ на територію школи сторонніх осіб, продаж на території школи психоактивних речовин тощо);
- надмірно жорсткі вимоги до успішності навчання;
- застосування стосовно учнів надмірних дисциплінарних санкцій;
- практика стигматизації і таврування тих, хто відстає у навчанні та поведінці;
- високий рівень конкуренції між учнями;
- незалучення учнів до соціально корисної діяльності та позаурочних чи позашкільних заходів; низький рівень успішності у навчанні;
- погані стосунки з педагогами та/або однолітками;
- цькування дитини однолітками;
- сформоване у дитини негативне ставлення до навчання, школи загалом, відсутність бачення дитиною свого майбутнього.

Часто вищенаведені фактори є взаємопов'язаними: дитині, якій складно дається засвоєння навчального матеріалу та, відповідно, яка має низьку успішність у навчанні, набагато важче, ніж успішним учням, встановити позитивні й емоційно сприятливі контакти з учителями. До такої дитини з боку педагогів можуть висуватися жорсткіші вимоги, які, водночас, вона не здатна задовольнити. Таким чином формується своєрідне замкнене коло, з якого дитина не бачить виходу та починає порушувати встановлені норми і правила (навчання, спілкування, дисципліни), наслідком чого може стати потрапляння у конфлікт із законом.

4. Фактори впливу ровесників. Вплив ровесників на формування протиправної поведінки проявляється згодом, після того, як вступають у дію особистісні та родинні фактори, коли дитина дорослішає.

У неформальному середовищі однолітків формування передумов протиправної поведінки пов'язане з: наявністю у ньому осіб, яким властива протиправна поведінка, та груп однолітків асоціальної й антисоціальної спрямованості; недоступністю для них соціально позитивних неформальних груп; конфліктами між підлітковими угрупованнями; доступністю для неповнолітніх засобів девіантної поведінки; надмірним тиском на неповнолітніх їх групи або, навпаки, їх ігноруванням з боку правоохоронних органів та громадськості.



За результатами зарубіжних досліджень, серед шляхів, які приводять дівчат до системи правосуддя, виявляється ще один суттєвий ризик, який не спостерігається серед хлопців, а саме – наявність романтичних стосунків з партнером, який вирізняється протиправною чи кримінальною поведінкою.

5. Фактори громади. Основними з цієї групи факторів є: обмежені ресурси для відпочинку, змістовного та активного дозвілля; здобуття професійних навичок, духовного розвитку та/чи медичної допомоги для неповнолітніх; високий рівень злочинності у районі проживання дитини; доступність алкоголю та наркотиків/реклама, популяризація психоактивних речовин. Регіони, що вирізняються високим рівнем злочинності, торгівлі наркотиками, не сприяють виникненню почуттів єдності ті спільності між людьми, які живуть там. У такому криміногенному середовищі діти зростають в умовах, сприятливих для формування тієї чи іншої моделі протиправної поведінки.

Велику роль відіграє наявність/відсутність у громаді мережі закладів для проведення дозвілля дітей, громадських та волонтерських організацій, просвітницько-профілактичних (або корекційних) програм як для загалу дітей, так і для тих, хто має девіантну поведінку або вже перебуває у конфлікті із законом. Чим більшою є спроможність громади взяти на себе широкі повноваження у вирішенні проблем неповнолітніх, які вчинили правопорушення або мають ризик його вчинення та практикують девіантну поведінку, тим вища можливість їх реабілітації та подальшої інтеграції у суспільство.

Найчастіше жоден окремих фактор не призводить до протиправної поведінки. Чим більша кількість факторів чинить вплив на дитину, тим вищий ризик скоєння нею правопорушення. Більше того, вивчення комбінацій таких факторів та їх взаємозв'язку не тільки підвищує спроможність суб'єктів, що надають соціальні послуги та працюють з цією категорією, передбачати ризик скоєння майбутніх правопорушень, але й допомагає краще зрозуміти поведінку дитини, її модель, основні причини, намір, мотивацію змінюватись, щоб соціально-виховна робота була максимально ефективною.

Вплив більшості з вищеокреслених факторів ризику можна нейтралізувати, якщо їх своєчасно виявити та вибудувати систему **захисних чинників**, які могли б запобігти скоєнню повторних правопорушень та злочинів. До захисних чинників належать характеристики та ресурси, або «сильні сторони» дітей та членів їх родин і оточення, що сприяють просоціальній адаптації, попереджають розвиток протиправної поведінки, захищають від негативних наслідків і допомагають дитині та її родині впоратись зі стресом від негативного досвіду.

Які основні нормативно-правові акти регламентують соціальну роботу з дітьми, які перебувають у конфлікті з законом?

Починаючи з 2000 року, Україна зробила ряд важливих кроків стосовно реалізації міжнародних зобов'язань та ухвалила низку законів щодо захисту дитинства, соціальної роботи з дітьми та молоддю, попередження насильства в сім'ї, яке є одним із найзначніших криміногенних факторів. Стосовно неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом, в Україні докладено багато зусиль з метою покращення захисту прав дітей та вирішення проблем, що призвели до конфлікту із законом. На сьогодні в Україні можна говорити про існування вже чинної системи кримінальної юстиції щодо неповнолітніх, яка удосконалюється щороку.



Кримінальна юстиція щодо неповнолітніх – це система правового реагування держави на кримінальну злочинність серед неповнолітніх, яка охоплює діяльність уповноважених державних органів, законодавство, стратегії, процедури і методи роботи, розроблені спеціально для неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом, з метою зменшення дитячої злочинності та її повторності.

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
Мінімальні стандартні правила ООН, що стосуються здійснення правосуддя щодо неповнолітніх («Пекінські правила») від 29 листопада 1985 р.	<p>Документ складається з 6 частин («Загальні принципи», «Розслідування і судовий розгляд», «Винесення судового рішення та вибір заходу впливу», «Поводження з правопорушниками поза виправними установами», «Поводження з правопорушниками у виправних установах», «Дослідження, планування, розробка та оцінка політики»), в яких сформульовано 30 правил з коментарями до них.</p> <p>Основні цілі Правил: держави, які ратифікували документ, мають прагнути сприяти благополуччю неповнолітніх; створювати умови для забезпечення змістовного життя підлітка в суспільстві; здійснювати заходи щодо мобілізації всіх можливих ресурсів з метою сприяння благополуччю підлітка, щоб зменшити необхідність втручання з боку закону, і ефективного, справедливого та гуманного поведіння з підлітком, який перебуває у конфлікті з законом; правосуддя стосовно неповнолітніх повинно бути складником процесу національного розвитку кожної країни в межах всебічного забезпечення соціальної справедливості для всіх неповнолітніх, одночасно сприяючи таким чином захисту молоді та підтриманню миру і порядку в суспільстві; розвивати служби правосуддя стосовно неповнолітніх для підвищення кваліфікації персоналу</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Керівні принципи Комітету міністрів Ради Європи щодо правосуддя, дружнього до дітей, від 17 листопада 2010 р.</p>	<p>Керівні принципи поширюються на всіх осіб молодше 18 років, які стикаються з системою правосуддя, наприклад тоді, коли вони порушують закон, або коли їх батьки розлучаються, або коли хтось, від кого вони постраждали, має бути покараний. Керівні принципи призначені допомогти забезпечити захист прав дитини під час прийняття рішень стосовно дитини.</p> <p>Серед основних принципів – право на участь, забезпечення найкращих інтересів дитини, повага до гідності дитини, відмова від дискримінації, захист та верховенство права. У цьому документі достатньо конкретно вказано, яким чином має здійснюватися правосуддя, щоб повторно не травмувати психіку дітей, які вже були скривджені, як має бути гарантовано безпеку дітей, зазначено вимоги до професіоналізму спеціалістів, які працюють із такими дітьми, тощо.</p> <p>Ці Керівні принципи розраховані на застосування у всіх випадках, коли діти у будь-якій ролі контактують з усіма компетентними органами і службами, що беруть участь у здійсненні кримінального, цивільного чи адміністративного права</p>
<p>Кримінальний процесуальний кодекс від 13 квітня 2012 р. № 4651-VI</p>	<p>Ст. 226 визначає особливості допиту малолітньої або неповнолітньої особи, зокрема у п. 1 зазначено, що допит малолітньої або неповнолітньої особи проводиться у присутності законного представника, педагога або психолога, а за необхідності – лікаря.</p> <p>Ст. 227 передбачає участь законного представника, педагога, психолога або лікаря у слідчих (розшукових) діях за участі малолітньої або неповнолітньої особи.</p> <p>Ст. 232 забезпечує можливість проведення допиту, впізнання у режимі відеоконференції під час досудового розслідування (стаття дозволяє проводити допит з використанням відео-засобів та методики «зелена кімната»).</p> <p>Глава 38. «Кримінальне провадження щодо неповнолітніх» стосується всіх особливостей та процедур кримінального провадження щодо осіб від 14 до 18 років.</p> <p>Ст. 487 передбачає з'ясування умов життя та виховання неповнолітнього підозрюваного (до складання відповідного документа можуть бути залучені також і представники соціальних служб)</p>
<p>Указ Президента України від 24 травня 2011 р. № 597/2011 «Про Концепцію розвитку кримінальної юстиції щодо неповнолітніх в Україні»</p>	<p>Метою документа є побудова в Україні повноцінної системи кримінальної юстиції стосовно неповнолітніх, спроможної забезпечити законність, обґрунтованість та ефективність кожного рішення щодо дитини, яка потрапила у конфлікт із законом, пов'язаного з її перевихованням та подальшою соціальною підтримкою.</p> <p>Визначено, що розвиток системи кримінальної юстиції стосовно неповнолітніх має реалізовуватися через такі заходи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • удосконалення превентивної та профілактичної роботи; • забезпечення під час здійснення дізнання, досудового слідства та правосуддя щодо неповнолітніх, які вчинили правопорушення, додержання їх прав з урахуванням вікових, соціально-психологічних, психофізичних та інших особливостей розвитку; • сприяння розвитку програм відновного правосуддя стосовно неповнолітніх, які вчинили правопорушення; • створення ефективної системи реабілітації неповнолітніх, які вчинили правопорушення, з метою їх перевиховання та ресоціалізації
<p>Закон України від 24 січня 1995 р. № 20/95-ВР «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей»</p>	<p>Визначає правові основи діяльності органів і служб у справах дітей та спеціальних установ для дітей, на які покладається здійснення соціального захисту і профілактики правопорушень серед осіб, які не досягли вісімнадцятирічного віку</p>

Назва нормативно-правового акта	Регламентовані питання
<p>Закон України від 5 лютого 2015 р. № 160-VIII «Про пробацію»</p>	<p>Окреслює мету, завдання, підстави, види пробації, правовий статус персоналу органу пробації та суб'єктів пробації.</p> <p>Ст. 4 визначає метою пробації гарантування безпеки суспільства шляхом виправлення засуджених, запобігання вчиненню ними повторних кримінальних правопорушень та забезпечення суду інформацією, що характеризує обвинувачених, з метою прийняття судом рішення про міру їх відповідальності.</p> <p>Ст. 12 регламентує особливості пробації стосовно неповнолітніх, що спрямована на забезпечення їх нормального фізичного і психічного розвитку, профілактику агресивної поведінки, мотивацію позитивних змін особистості та поліпшення соціальних стосунків; визначає, що пробація щодо неповнолітніх здійснюється органом пробації спільно з органами і службами у справах дітей, спеціальними установами та закладами, які здійснюють їх соціальний захист і профілактику правопорушень; встановлює, що орган пробації спільно з центральним органом виконавчої влади, який формує державну політику у сфері соціальної політики, забезпечує реалізацію пробаційних програм стосовно неповнолітніх осіб, звільнених від відбування покарання з випробуванням</p>
<p>Порядок взаємодії кримінально-виконавчої інспекції і центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо забезпечення соціального супроводу і контролю за поведінкою дітей та молоді, які засуджені до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, звільнених від відбування покарання з випробуванням або умовно-достроково, затверджений Наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань, Наказ Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 28.10.2008 р. № 288/4322</p>	<p>Визначає основні напрями та форми взаємодії кримінально-виконавчої інспекції і центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо соціального супроводу і контролю за поведінкою дітей та молоді, які засуджені до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, звільнених від відбування покарання з випробуванням або умовно-достроково.</p> <p>Одним з основних напрямів взаємодії є надання соціальної допомоги засудженим дітям та молоді під час їх перебування на обліку в інспекції, а також залучення до процесу соціального супроводу і контролю за поведінкою дітей та молоді об'єднань громадян, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності, у тому числі благодійних організацій, а також окремих громадян.</p> <p>Згідно з порядком, ЦСССДМ виконують такі функції:</p> <ul style="list-style-type: none"> • визначення потреб у наданні соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, психологічних, юридичних та інформаційних послуг дітям та сім'ям, у яких вони виховуються, здійснення соціального патронажу шляхом надання цих послуг; • сприяння зміцненню родинних та суспільно корисних зв'язків дітей і молоді, набуттю ними освіти, вирішенню питань трудового і побутового влаштування; • здійснення заходів, спрямованих на формування та закріплення здорового способу життя, профілактику наркоманії, алкоголізму, соціально небезпечних хвороб, у т. ч. ВІЛ/СНІДу; • організація і проведення «Днів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» у підрозділах інспекції; • розповсюдження інформаційно-довідкової та соціально-рекламної продукції центрів про послуги, що ними надаються, з профілактики негативних явищ та соціально небезпечних хвороб; • консультування персоналу інспекції з питань соціально-виховної і психологічної роботи з дітьми та молоддю; • участь у проведенні навчально-практичних семінарів для персоналу інспекції з питань ресоціалізації дітей та молоді

Кримінальне процесуальне законодавство України чітко не регламентує права й обов'язки педагога та психолога у процесуальних діях за участі неповнолітніх.

Загальне завдання педагога або психолога – допомогти слідчому встановити психологічний контакт, виробити правильну тактику проведення допиту дитини, сформулювати запитання з урахуванням дитячої психіки або індивідуальних особливостей неповнолітнього. Для цього педагог або психолог може бути ознайомлений із деякими обставинами кримінального провадження, даними про особу неповнолітнього, про його ставлення до підозрюваного, потерпілого, про подію кримінального правопорушення тощо. Після опитування (допиту) дитини психолог може скласти професійний висновок.

Відповідно до чинного законодавства, на початку допиту педагогу, лікарю, батькам або іншим законним представникам роз'яснюється їх обов'язок бути присутніми при допиті, а також право викладати свої зауваження і з дозволу суду ставити свідкові або потерпілому запитання. Слідчий або суд вправі відвести поставлене запитання. Але запитання, поставлені дитині педагогом або лікарем, і їх зауваження обов'язково заносяться до протоколу допиту або протоколу судового засідання (ч. 2 ст. 168, ст. 307 КПК України).

Законодавство України дозволяє представникам соціальних служб, поліції, слідчим, суддям застосовувати норми правосуддя, дружнього до дитини (зокрема, «зелені кімнати» для допиту/опитування), враховуючи найкращі інтереси дитини.

Хто може бути надавачем послуг дітям, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ям?

До органів і служб у справах дітей та спеціальних установ для дітей, на які покладається здійснення соціально-правового захисту і профілактики правопорушень серед дітей, зокрема тих, які перебувають у конфлікті із законом, належать⁴⁶:

- центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері сім'ї та дітей (*станом на 2016 р. – Міністерство соціальної політики України*), відповідні структурні підрозділи обласних, Київської міської, районних державних адміністрацій, виконавчих органів міських і районних у містах рад (*служби у справах дітей*);
- уповноважені підрозділи органів Національної поліції;
- приймальники-розподільники для дітей органів Національної поліції;

⁴⁶ Закон України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» від 24 січня 1995 р. № 20/95-ВР.

- школи соціальної реабілітації та професійні училища соціальної реабілітації органів освіти;
- центри медико-соціальної реабілітації дітей закладів охорони здоров'я;
- спеціальні виховні установи Державної кримінально-виконавчої служби України (виховні колонії);
- притулки для дітей;
- центри соціально-психологічної реабілітації дітей;
- соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка).

Також до соціальної, соціально-педагогічної, соціально-медичної, психологічної роботи з дітьми, які опинилися у конфлікті із законом, та їх сім'ями можуть долучатися такі суб'єкти:

- центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- центри медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді»;
- навчальні заклади;
- громадські українські та міжнародні організації, благодійні фонди;
- релігійні організації.

З неповнолітніми, які засуджені до покарань, не пов'язаних із позбавленням волі, звільнені від відбування покарання з випробуванням або умовно-достроково, соціально-виховну роботу та пробаційні програми реалізують кримінально-виконавчі інспекції (підрозділи пробації)⁴⁷ із залученням ЦСССДМ та громадських організацій.



Дослідження, проведені ЮНІСЕФ спільно з Українським інститутом соціальних досліджень імені О. Яременка та громадськими організаціями, свідчать, що діти підліткового віку загалом та, зокрема, ті, які перебувають у конфлікті із законом, переважно не готові звертатися за отриманням послуг самостійно. Серед основних причин того, що діти не звертаються за послугами, такі: недовіра до спеціалістів у питаннях дотримання конфіденційності; несформованість цінності здоров'я та життя загалом і, відповідно, потреби у зверненні по консультації або допомогу до спеціалістів; необізнаність з питань спектру дружніх послуг для дітей, який існує у їх регіоні; несформованість навичок щодо самозвернення у разі існування певної проблеми чи питань; відсутність необхідних та дружніх до дитини послуг у регіоні її проживання.

⁴⁷ Закон України «Про пробацію» від 5 лютого 2015 р. №160-VIII.

Які особливості проведення оцінки потреб? На що необхідно звертати особливу увагу?

Здійснюючи оцінку потреб дітей, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сімей, варто зважати, що співробітниками кримінально-виконавчої інспекції (підрозділу пробації) в обов'язковому порядку заповнюється Форма оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення (далі – форма оцінки), що була розроблена Державною пенітенціарною службою України за підтримки проекту РСКЮ (Агрітім Канада).

Форма оцінки містить такі категорії:

- стосунки в сім'ї;
- освіта, навчання і працевлаштування;
- дозвілля та відпочинок;
- стосунки з друзями та однолітками;
- вживання психоактивних речовин;
- особисті якості та поведінка;
- ставлення до правопорушень.

Використання такого інструменту дає змогу проводити ефективний збір, узагальнення та аналіз інформації щодо ситуації неповнолітнього, а також допомагає визначити перелік необхідних видів послуг, методи та інтенсивність втручання, стадії готовності дитини працювати над зміною поведінки в тій чи іншій сфері її життя⁴⁸.

ФСР/соціальному працівнику доцільно, за можливості, ознайомитися з результатами такої оцінки, зробивши відповідний запит до кримінально-виконавчої інспекції (підрозділу пробації) для їх подальшого врахування у плануванні послуг.

Які особливості планування роботи?

План роботи з дитиною, яка перебуває у конфлікті із законом, та її родиною охоплює заходи з моменту поставлення неповнолітньої особи на облік КВІ (підрозділу пробації), після винесення вироку суду та до кінця призначеного судом строку покарання або випробувального строку.

Складання плану ґрунтується на основі результатів як оцінки потреб дитини та сім'ї, що здійснюється ЦСССДМ, так і оцінки ризиків та потреб, що здійснюється КВІ (підрозділом пробації).

Відповідно, для ефективного планування необхідно враховувати алгоритм взаємодії у роботі з неповнолітнім КВІ та ЦСССДМ, що наведений у додатку 9.1.

⁴⁸ Методичні рекомендації щодо проведення оцінки ризиків і потреб дітей в конфлікті з законом можна завантажити за посиланням: <http://kvs.gov.ua/zmi/MetodRyzyk06022015.pdf>.

Обираючи найбільш ефективні послуги для внесення у план роботи з неповнолітніми, необхідно зважати на індивідуальні характеристики дітей. Ці характеристики містять, з-поміж іншого, культурні та гендерні аспекти, рівень розвитку, стиль сприйняття інформації дитиною, а також – усвідомлення нею необхідності зміни поведінки та способу життя і стадію зміни поведінки. Урахування цих факторів дає змогу підібрати найбільш відповідні для дитини та її сім'ї засоби втручання і суб'єктів, що надають соціальні послуги, та розробити ефективну стратегію втручання відповідно до стадії готовності неповнолітнього працювати над змінами з метою забезпечення найкращих його інтересів.



Модель стадій зміни поведінки була розроблена як загальна теорія поведінкових змін у межах роботи з людьми, залежними від психоактивних речовин, на початку 1980-х років американськими вченими Джеймсом Прочаска і Карлом ДіКлементе (Prochaska J. O., DiClemente C. C.). Ця модель основана на положенні, що зміна поведінки має бути добровільною, процес зміни займає певний проміжок часу і проходить кілька етапів, на кожному з яких повинна бути використана відповідна стратегія/ї. Ключовою концепцією є «готовність до змін», яка розглядається як внутрішній стан, чутливий до впливу зовнішніх факторів.

На сьогодні вже визнано, що така модель зміни поведінки актуальна для всіх поведінкових змін, у тому числі – зміни протиправної поведінки.

Стадії зміни поведінки:

1. Незацікавленість у змінах.
2. Роздуми про зміни.
3. Підготовка до змін.
4. Дії.
5. Підтримка змін.

Необхідно правильно визначати стадію зміни поведінки, на якій перебуває підліток, для розроблення подальшої стратегії роботи з ним, розуміти, що він відчуває стосовно специфіки своєї поведінки, чи усвідомлює ризики, чи є у нього мотивація до змін і наскільки вона сильна.

Важливо, що дії ФСП/соціальних працівників з отримувачем послуг без урахування стадії зміни поведінки, на якій він перебуває, можуть бути не тільки неефективними, а й мати зворотний результат – підштовхнути його до закріплення навичок ризикованої чи протиправної поведінки і викликати ще більшу недовіру до фахівців.

Детальніша інформація про стадії зміни поведінки подана у додатку 9.2.

ФСР/соціальний працівник, який координує розроблення плану роботи з неповнолітнім, має володіти інформацією про всі ресурси та суб'єктів, що надають послуги, які є у громаді. Один надавач послуг може бути не в змозі забезпечити весь спектр необхідних дитині соціальних, психологічних, соціально-медичних послуг, відповідно до оцінки потреб. У такому разі потрібно здійснювати переадресацію для отримання послуг, участі у заходах/програмах до інших надавачів послуг.

Умови, за яких ефективність переадресації підвищиться, такі:

1. Неповнолітній та члени його сім'ї мотивовані до вирішення проблем дитини/сім'ї і чітко усвідомлюють позитивний результат звернення по допомогу (розуміють, у чому полягає проблема, для чого необхідно її вирішити, як її вирішення вплине на подальше життя сім'ї, у т. ч. – сприятиме уникненню в майбутньому проблем із законом та інших життєвих ризиків).
2. Між неповнолітнім та фахівцем існує позитивний контакт, заснований на довірі; важливо, щоб фахівець, який переадресує підлітка для отримання послуг в іншій організації, був авторитетним для цієї дитини і будував свою взаємодію з нею на засадах доброзичливості та неупередженості.
3. З організацією, до якої здійснюється переадресація, підписано угоду про співпрацю, або ж така співпраця регламентується іншими документами/усними домовленостями, а також фахівець, який здійснює переадресацію, упевнений, що підлітку у цій організації буде дійсно надано кваліфіковану допомогу.
4. Неповнолітній отримав чітку, доступно сформульовану інформацію про те, куди саме та до кого він має звернутися. Така інформація (зафіксована у буклеті або просто на аркуші паперу) має містити точну адресу, номери телефонів, схему проїзду, перелік послуг та умови їх отримання (з документами/без, з батьками/без, платно/безкоштовно тощо), режим роботи, якщо можливо – ПІБ фахівця, який прийме підлітка, інші важливі деталі.
5. Якщо неповнолітньому бракує соціальних навичок або мотивації для самостійного звернення до організації, в яку його направляють для отримання послуг, доцільним буде його супровід. Такий супровід може бути здійснений представником суб'єкта, який надає соціальні послуги, а також волонтерами з числа рівних (однолітків підлітка, які пройшли відповідну підготовку).
6. Організація, куди було переадресовано неповнолітнього, або він сам надали зворотний зв'язок про отримання послуги.

Переадресація у жодному разі не повинна здійснюватися формально. Якщо переадресація буде неякісною (дитина або члені її сім'ї не розуміють, куди саме звертатися; організація не розташована за наданою адресою; в організації такі послуги вже не надаються тощо), існує великий ризик не лише неотримання потрібної послуги, а й виникнення сумнівів щодо реальності дієвої підтримки, небажання дитини/сім'ї в майбутньому звертатися по допомогу, а це суттєво зменшує мотивацію до позитивних змін.

Які форми доцільно використовувати у процесі соціальної роботи з дітьми, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ями?

Одне з найважливіших завдань соціальної роботи з дітьми, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ями полягає в усуненні криміногенних факторів, що призвели та можуть надалі призводити до протиправної поведінки (табл. 12).

Таблиця 12. Основні форми роботи відповідно до криміногенних факторів ризику

Категорія	Основні криміногенні фактори ризику	Основні завдання у роботі з дитиною	Форми
Стосунки в сім'ї	Зневажливе ставлення, байдужість до дитини з боку батьків або осіб, які їх замінюють; неналежне виховання; жорстоке поводження з дітьми	Сприяння у відновленні або формуванні підтримувальної системи соціальних зв'язків; сприяння у розвитку батьківських навичок, підвищення батьківської компетенції	<ul style="list-style-type: none"> • Соціально-психологічне і психологічне індивідуальне та групове консультування; • просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми для батьків (окремо або разом з дітьми); • інформаційні заняття, лекторії, тематичні зустрічі для батьків тощо (окремо або разом з дітьми)
Освіта, навчання і працевлаштування	Низька успішність; часта відсутність; негативне ставлення до навчального закладу та навчання; погані взаємини між неповнолітнім і шкільним оточенням (вчителями/учнями); не навчається і не працює	Надання безоплатної правової допомоги з питань оформлення документів; сприяння підвищенню освітнього рівня; формування правової компетентності; сприяння здобуттю повної загальної середньої освіти, а також професійної освіти	<ul style="list-style-type: none"> • Соціально-психологічне і психологічне індивідуальне та групове консультування щодо підвищення вмотивованості до навчання; • просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми для неповнолітніх; • інформаційні заняття, тренінги для педагогів ЗНЗ, ПТНЗ, ВНЗ щодо ефективної взаємодії з підлітками загалом та зокрема з тими, хто має девіантну поведінку, перебуває в конфлікті з законом; • інформаційні заняття, лекторії, тематичні зустрічі для неповнолітніх за участі роботодавців, успішних людей різних професій, «ярмарки вакансій» тощо

Категорія	Основні криміногенні фактори ризику	Основні завдання у роботі з дитиною	Форми
Дозвілля та відпочинок	Недостатньо організоване дозвілля; не залучений до просоціальних видів діяльності; відсутність особистих інтересів	Сприяння соціально-культурній адаптації та організації активного і змістовного дозвілля	<ul style="list-style-type: none"> • Масові і групові культурні заходи; • літні табори; • гуртки та творчі майстер-класи; • заняття фізичної культурою і спортом; • участь у роботі дитячої громадської організації тощо
Стосунки з друзями та однолітками	Друзі/знайомі з антисоціальною поведінкою	Сприяння пошуку друзів та знайомих з просоціальними установками та обмеженому спілкуванню з друзями із кримінальною поведінкою	<ul style="list-style-type: none"> • Лідерські програми та програми «рівний – рівному»; • акції, флешмоби просоціальної тематики, інші групові та масові заходи
Вживання психоактивних речовин	Зловживання алкоголем та/або наркотичними речовинами	Формування ідеології здорового способу життя і подолання шкідливих звичок; профілактика інфекцій, які передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу; сприяння у підтримці й охороні здоров'я тощо	<ul style="list-style-type: none"> • Соціально-психологічне і психологічне індивідуальне консультування неповнолітніх, які вживають ПАР, спеціалістами з хімічної залежності; • просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми, спрямовані на попередження вживання психоактивних речовин, формування відповідальної поведінки, здорового способу життя; • просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми з батьками щодо подолання співзалежності
Особисті якості та поведінка	Дефіцит навичок вирішення проблем, імпульсивність, фізична та вербальна агресія; спроби маніпулювати/контролювати інших тощо.	Формування навичок конструктивного спілкування, управління емоціями	<ul style="list-style-type: none"> • Просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми, спрямовані на зменшення впливу негативних факторів та формування просоціальних навичок: «Управління гнівом», «Вчимося керувати емоціями», «Життєві навички» (розроблені проектом РСКЮ, Агрітім Канада) тощо
Ставлення до правопорушень	Обґрунтування (раціоналізація) причин скоєння правопорушення; негативне ставлення до закону	Сприяння формуванню просоціальної правосвідомої поведінки	<ul style="list-style-type: none"> • Інформаційні консультації з юридичних та соціально-правових питань; • просвітницько-профілактичні (тренінгові) програми, спрямовані на мотивування до змін, тощо



Просвітницько-профілактична (тренінгова) програма – це спеціально розроблений комплекс заходів, спрямованих на попередження та/або подолання конкретної соціальної проблеми або кількох пов'язаних між собою проблем шляхом підвищення рівня поінформованості, а також розвитку відповідних умінь і навичок у її учасників. Найбільш ефективно такі програми впроваджуються у формі тренінгу (це забезпечує максимальну залученість у процес всіх учасників та учасниць програми) та за умови проведення не менше ніж 7-8 занять, пов'язаних єдиною метою.

За рішенням суду до деяких неповнолітніх може бути застосований певний вид пробаційної програми.



Пробаційна програма – це програма, що призначається за рішенням суду особі, звільненій від відбування покарання з випробуванням, та передбачає комплекс заходів, спрямованих на корекцію соціальної поведінки або її окремих проявів, формування соціально сприятливих змін особистості, які можливо об'єктивно перевірити⁴⁹.

Станом на травень 2016 року такі програми та алгоритм їх затвердження і впровадження перебувають на стадії розроблення. Передбачається, що низка вже розроблених та апробованих на сьогодні просвітницько-профілактичних програм можуть бути затверджені як пробаційні.

Якщо неповнолітньому судом не було призначено участі у пробаційній програмі, це не означає, що він не може бути задіяний у просвітницько-профілактичних програмах регіону на базі надавачів послуг, адже всі діти мають бути залучені до активної просоціальної діяльності, спрямованої на формування та закріплення готовності до зміни поведінки, розвиток життєвих навичок тощо.

Яким є основний пакет послуг/дій, заходів, найбільш оптимальних для внесення у план?

Залучення неповнолітніх та їх батьків до участі у **просвітницько-профілактичних (тренінгових) програмах** є важливою позицією для внесення до плану роботи.

Такі програми можуть бути реалізовані на базі ЦСССДМ, громадських організацій, приймальників-розподільників для дітей або ж безпосередньо у підрозділах КВІ (підрозділів пробації) за наявності відповідного приміщення для групової роботи та за участі підготованого фахівця, який здатен організувати і проводити заняття за обраною програмою.

⁴⁹ Закон України «Про пробацію» від 5 лютого 2015 р. № 160-VIII.

Добираючи учасників та комплектуючи групи для тренінгових занять у межах програми, слід зважати на:

- 1. Досвід ризикованої поведінки неповнолітнього.** В одну групу не бажано залучати дітей, які потребують профілактичного втручання у межах різних видів профілактики (первинної, вторинної, третинної). Інформацію варто подавати дозовано, залежно від способу життя учасників програми, уникаючи мимовільної реклами не практикованої раніше ризикованої поведінки. Важливо не спровокувати учасників до експериментування та відстежувати викривлення ними отриманої інформації.
- 2. Вік.** У профілактичну програму мають вноситися зміни, доповнення, обмеження з огляду на конкретну вікову групу учасників. Однак якщо учасники мають, незважаючи на вік, однаковий рівень розвитку та досвід, у межах однієї групи можуть бути поєднані учасники різного віку (наприклад, 14 та 17-ти років).
- 3. Вмотивованість до зміни поведінки та участі у програмі.** Мотивація до зміни поведінки визначає основні завдання у роботі з неповнолітнім. Програма може бути не лише не ефективною, а й завдати шкоди деяким її учасникам, якщо будуватиметься на однакових підходах до роботи з тими дітьми, які абсолютно не зацікавлені у змінах і не бажають змінюватися, та з тими, хто вже намагається активно діяти, щоб скорегувати свою поведінку.
- 4. Інтелектуальні здібності та освітній рівень.** В одній тренінговій групі мають бути неповнолітні приблизно з однаковими розумовими здібностями та рівнем освіти. Окрім того, у зміст просвітницько-профілактичної програми мають вноситися корективи та доповнення відповідно до інтелектуальних здібностей та освітнього рівня учасників.
- 5. Кількість учасників.** Важливо підібрати оптимальне число учасників групи. Щодо категорії неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом, така кількість не має перевищувати 10 осіб. Також заняття можливо проводити у невеликих групах по 3–4 учасники.

3 досвіду роботи

На базі Всеукраїнського громадського центру «Волонтер» за підтримки ЮНІСЕФ з 2012 року реалізується просвітницько-профілактична програма для дітей, які перебувають на обліку у секторах ювенальної превенції (раніше – КМСД) та КВІ (підрозділах пробації), «Вчимося бути здоровими»⁵⁰.

Метою програми є формування у неповнолітніх усвідомленого ставлення до свого здоров'я та життя, а також знань та вмінь, що дозволять уникати ризиків у своїй поведінці та відповідально робити власний життєвий вибір.

Програма складається з 8 двогодинних занять основної частини та 5 занять для тих підлітків, хто бажає продовжити співпрацю з організацією як лідер-волонтер. Заняття проводяться у формі тренінгу.

Теми занять основної Програми: 1. Вступ до Програми. Здоров'я як цінність; 2. Особливості ВІЛ-інфекції та попередження інфікування; 3. Що таке залежність від наркотиків?; 4. Профілактика вживання наркотиків; 5. Профілактика інфекцій, які передаються статевим шляхом; 6. Тестування на ВІЛ; 7. Профілактика правопорушень; 8. Безпечна поведінка та планування майбутнього.

Теми лідерських занять: 1. Волонтерство і лідерство як інструмент у подоланні ВІЛ-інфекції у молодіжному середовищі; 2. Основи тренерської майстерності та метод «рівний - рівному»; 3. Алгоритм початку діяльності лідера-волонтера; 4. Організація та проведення профілактичних заходів; 5. Контроль знань та вручення сертифікатів.

У лідерському компоненті програми можуть брати участь ті підлітки, які висловили бажання і готовність до такої участі та, після завершення програми, зможуть проводити елементи профілактичних занять і певні профілактичні заходи серед своїх однолітків (наприклад, на базі ПТНЗ, де вони навчаються). Участь у лідерських заняттях налаштовує дітей на просоціальну діяльність, підвищує впевненість у собі, власних силах, додає самостигматизацію («я нічого не зможу», «з мене нічого не вийде», «я – найгірший») тощо.

Перед залученням того чи іншого учасника до групи та початком роботи в межах програми загалом із кожним потенційним учасником зокрема проводиться одна або дві індивідуальні бесіди (мотиваційні консультації) щодо готовності брати участь у групових заняттях.

Бажано, щоб перша індивідуальна бесіда з підлітком проходила у присутності та спільно з його батьками. Під час індивідуальної бесіди: а) надається інформація стосовно змісту та особливостей програми, позитивного результату, який отримає дитина після проходження програми; б) з'ясується, як потенційний учасник оцінює своє бажання брати участь у програмі (від 1 до 10 балів), які переваги від участі у програмі він бачає; які недоліки можуть бути від такої участі (або ж – його побоювання щодо участі). Натомість, ведучий може окреслити переваги участі у програмі.

З тими неповнолітніми, хто оцінює рівень своєї вмотивованості вище п'яти, – другу бесіду проводити не потрібно. Рекомендовано не залучати у групу неповнолітніх, які після другої індивідуальної бесіди мають рівень вмотивованості щодо участі нижче п'яти та не змінили його у кращий бік. Участь у роботі групи має бути добровільною, не примусовою. З невмотивованими учасниками проводяться індивідуальні заняття, також вони залучаються до групових та масових дозвіллевих заходів тощо.

За участь у всіх заняттях (або більшості з них) підлітки отримують характеристику і сертифікат про успішне проходження програми, які передаються у відповідні підрозділи поліції та КВІ (служби пробації) і додаються ними до особової справи неповнолітнього. Плюсами отримання такої характеристики та сертифікату можуть бути, зокрема, зменшення терміну перебування на обліку у поліції; зменшення кількості зустрічей з інспектором КВІ, можливість брати участь у лідерській програмі та/або в інших програмах організації, а також різноманітних мотиваційних заходах (наприклад, спрямованих на відпочинок та дозвілля) тощо.

⁵⁰ Програму «Вчимося бути здоровими» можна завантажити за посиланням: <http://elibrary.kubg.edu.ua/9439/>

З метою підвищення рівня готовності неповнолітніх брати участь у програмі доцільно розробити спеціальну **систему мотивації**, яка відповідатиме переконанням та можливостям організаторів. Неповнолітні на початку співпраці мало вмотивовані до участі як в індивідуальних, так і у групових профілактичних заходах/програмах. Часто це пов'язано з тим, що вони: ніколи раніше не брали участі у таких програмах; мали негативний досвід участі (наприклад, у лекціях: було нецікаво, нудно, незрозуміло тощо); не розуміють важливості для себе тем, що розкриваються у програмі; не мають цінності здоров'я та життя загалом, наразі не готові до змін; мають різноманітні психологічні та поведінкові особливості (гіперактивність, педагогічна занедбаність, інфантильність тощо).

Завдання ФСР/соціального працівника, який організує заняття в межах програми, максимально долучити до робочого процесу всіх учасників, зацікавити формами і методами роботи та стилем власної поведінки, а також додатковими інструментами мотивації (від солодощів та канцелярського приладдя, як подарунків за активну участь, до участі у спільних дозвіллевих заходах – відвідання кіно, цікавих для підлітків виставок/музеїв (наприклад, сучасного мистецтва, експериментаріумів тощо).



Для пошуку ресурсів, що допоможуть у розвитку та наповненні системи додаткової мотивації дітей до активної участі у заходах і програмах, які їм пропонуються, важливо залучати спонсорів з числа місцевих підприємців, благодійників від громадських організацій/благодійних фондів. Для цього готуються відповідні листи-прохання з обґрунтуванням важливості об'єднання зусиль щодо ресоціалізації підлітків, які перебувають у конфлікті із законом, на користь та в інтересах місцевої громади.

Важливою є **робота з батьками** дітей, які перебувають у конфлікті із законом, адже їх роль у досягненні позитивних результатів ресоціалізації та попередженні рецидивів – надзвичайно важлива. У світовій ювенальній практиці найбільш ефективним є залучення батьків до просвітницько-профілактичних тренінгових програм, спрямованих на підвищення батьківського потенціалу, навчання ефективних методів впливу на поведінку підлітків. Проте це завдання не з простих. Аби зібрати групу батьків, необхідно попередньо провести з кожним з них не одну мотиваційну зустріч, визначити зручний для всіх батьків та ФСР/соціальних працівників/психологів час, створити сприятливі, довірливі умови спілкування, щоб батьки мали можливість зрозуміти – участь у програмі не є покаранням для них, це ресурс, який вони можуть використати для поліпшення взаємин як з дитиною, так і у своїй родині загалом.

З досвіду роботи

З ініціативи Міжнародної організації «Право на здоров'я» (Health Right International) у 2014 році розроблено просвітницько-профілактичну тренінгову програму «Сходинки здоров'я для батьків»⁵¹.

Метою програми є сприяння усвідомленню батьками/опікунами підлітків, які перебувають у конфлікті із законом, їх ролі у профілактиці серед підлітків поведінки, ризикованої щодо здоров'я та зокрема щодо інфікування ВІЛ, а також формування у них мотивації, відповідних знань та навичок для активного залучення до такої діяльності.

Протягом 2015 року програма реалізувалася у ряді регіонів України, чому передувало спільне навчання працівників КВІ (підрозділів пробації) та ЦСССДМ. Передбачається, що саме тісна двостороння взаємодія цих структур у роботі з батьками підлітків, які перебувають у конфлікті із законом, може сприяти досягненню позитивних результатів та залученню батьків до профілактичної роботи, що є досить складним завданням.

Програма складається з 5 занять, тривалістю близько 2 год кожне. Заняття проводяться з групою батьків у формі тренінгу, проте можлива модифікація та проведення їх також і в індивідуальній формі.

Теми занять: 1. Роль батьків у профілактиці ВІЛ і ризикованої поведінки підлітків; 2. Здоров'я як цінність; 3. Репродуктивне здоров'я; 4. ВІЛ/СНІД; 5. Попередження залежностей.

Передбачається, що паралельно з реалізацією програми для батьків підлітки також відвідують програму «Сходинки до здоров'я»⁵², яка має подібну тематику, батьки та діти разом виконують домашні завдання, що отримують від ведучих, обговорюють важливі питання здоров'я та життя.

Якими є основні рекомендації щодо роботи з дітьми, які перебувають у конфлікті із законом, та їх сім'ями?

- 1. Підвищення внутрішньої мотивації неповнолітніх до змін – одне з провідних завдань ФСР/соціального працівника.** Можна сприяти зміні поведінки підлітка та закріпленню цих змін через побудову довірливих стосунків з ним, створення ситуацій успіху, позитивного підкріплення (похвали, захоочення, підбадьорення, використання невеликих мотиваційних подарунків, залучення до заходів). ФСР/соціальні працівники можуть сприяти формуванню готовності, бажанню та спроможності неповнолітнього працювати над змінами за допомогою власного стилю роботи та свого прикладу, а також через формування у дитини конструктивних життєвих навичок (вибору, прийняття рішення, ефективного спілкування), які допоможуть їй бути більш успішною.
- 2. Застосування позитивного підкріплення – важливий інструмент на шляху зміни поведінки підлітків.** Під час формування нових навичок і корегування поведінки діти краще реагують на нові поведінкові моделі та дотримуються їх протягом більш тривалого часу, якщо їх хвалять за успіхи, а не карають за неуспішні спроби. Отже, ФСР/соціальним працівникам

⁵¹ Програму «Сходинки для батьків» можна завантажити за посиланням: <http://elibrary.kubg.edu.ua/10305/>

⁵² Програму «Сходинки до здоров'я» можна завантажити за посиланням: <http://elibrary.kubg.edu.ua/3490/>

варто застосовувати більше позитивного підкріплення, ніж негативного, для досягнення стійких результатів у корегуванні поведінки.

3. Послуги дітям та їх сім'ям мають надаватися, насамперед, відповідно до виявлених криміногенних факторів ризику. Передбачається, що основні ресурси в межах втручання повинні бути спрямовані на першочергові потреби дитини та її родини, безпосередньо пов'язані з кримінальною поведінкою. Серед прикладів криміногенних факторів, які вимагають такого першочергового втручання, можна зазначити антисоціальні настрої, цінності і переконання дитини; низький рівень контролю емоцій; спілкування з однолітками, які залучені до кримінальної діяльності; вживання психоактивних речовин; насильство в сім'ї.

4. Важливим завданням ресоціалізації неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом, є розвиток у них життєвих навичок за допомогою інструментів когнітивно-поведінкового втручання. Доцільно, щоб заходи та програми, які реалізуються з дітьми під час відбування покарання, ґрунтувались на когнітивно-поведінкових підходах, що сприяють зміні деструктивного мислення та ризикованої поведінки, забезпечують базис для мотивування особи до зміни поведінки за допомогою:

- визначення та витіснення способу мислення, що призводить до ризикованої поведінки та правопорушень (стереотипи, хибні переконання, що є основою багатьох протиправних дій);
- навчання когнітивних та поведінкових навичок та їх практичного застосування (вирішення проблем, прийняття рішень, планування; керування емоціями тощо), що сприяє формуванню альтернативної, просоціальної поведінки;
- належного реагування з боку працівників і оточення неповнолітнього, що заохочує та закріплює бажану поведінку.

5. На шляху підтримки позитивних змін у поведінці дітей важливим є сприяння їх неперервній підтримці з боку найближчого оточення та громади. До процесу перевиховання та ресоціалізації доцільно залучати просоціальні ресурси безпосередньо з оточення дітей. Згідно з результатами досліджень, успішне втручання і взаємодія з особами, які належать до групи ризику, передбачають активну співпрацю з членами родини, а також з іншими небайдужими особами у безпосередньому середовищі неповнолітнього з метою позитивного підкріплення нових бажаних моделей поведінки.

Залучення до співпраці громадських організацій (що можуть сприяти участі дітей та їх батьків у корисних заходах та просвітницько-профілактичних програмах), бізнесу (що може, наприклад, допомогти у професійному навчанні або працевлаштуванні підлітків, надавати гуманітарну допомогу), суб'єктів організації дозвілля (які можуть надати квитки або організувати для підлітків корисні оздоровчі чи рекреаційні заходи) надає змогу

ефективніше здійснювати соціальну підтримку дитини, яка перебуває у конфлікті із законом, і допомагає сім'ї дитини вийти з кризи.

6. Необхідним є здійснення оцінки та аналізу ефективності методів і прийомів, що застосовувалися до неповнолітніх, які вчинили правопорушення. Проведення регулярних заходів з відстеження результатів є невід'ємною частиною ефективного втручання.

ФСР/соціальним працівникам пропонується під час аналізу ефективності методів та прийомів, що застосовувалися до неповнолітніх, які вчинили правопорушення, зважати на:

- результативність: позитивні зміни у поведінці дитини; вихід дитини з кризи та попередження ризику вчинення нею повторного правопорушення. Варто переконатися, що реабілітація неповнолітнього пройшла успішно, відбулася корекція поведінки або її окремих проявів, в особистості спостерігаються соціально сприятливі зміни, сформовано нові життєві навички й навички спілкування, дитина готова до самостійного життя;
- адресність: відповідність запропонованих заходів потребам і можливостям дитини та її сім'ї;
- своєчасність: оперативність у прийнятті рішення про надання послуг чи здійснення соціального супроводу;
- професійність: адекватна підготовка спеціалістів до роботи з такою категорією дітей, що передбачає розуміння особливостей цієї категорії, криміногенних факторів, специфіки роботи з такими дітьми та їх сім'ями тощо.

7. Інформування щодо досягнутих результатів (надання зворотного зв'язку після проведення оцінки та аналізу ефективності методів та прийомів, що застосовувалися до неповнолітніх, які вчинили правопорушення), є обов'язковим складником роботи. Після завершення роботи з неповнолітнім, а також на певних її етапах, рекомендовано ознайомити неповнолітнього, батьків або осіб, які їх замінюють, партнерські структури, які залучені до роботи з дитиною та родиною, з висновками щодо досягнень дитини, обговорити та вислухати їх думки і пропозиції стосовно результатів роботи. Надання зворотного зв'язку неповнолітнім та їх батькам/особам, які їх замінюють, щодо їх прогресу та позитивних змін сприяє формуванню відповідального ставлення і підвищенню мотивації до подальших змін і загалом забезпечує більш ефективні результати.

Список використаних джерел

1. «Вчимося керувати емоціями»: тренінгова програма для дівчат-підлітків / Васлюян О. К., Москаленко В. Л., Новохатня К. А. ; за ред. А.-Д. Греам, Т. В. Журавель, А. Ріндер фон Бекерат. – К. : Агрітім Канада, 2016. – 84 с.
2. Програма «Управління гнівом» : метод. посібник / Кальчева О. Ю., Місяк О. К. ; за ред. А.-Д. Греам, С. Прокопів, К. А. Новохатньої. – К. : Агрітім Канада, 2016. – 59 с.
3. Профілактика ВІЛ та ризикованої поведінки серед неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом : навч.-метод. посібник / [Т. В. Журавель, С. Ю. Замула, Т. Л. Лях та ін.]; за ред. Т. В. Журавель – К.: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. – 184 с.
4. Сходинки здоров'я для батьків: просвітницько-профілактична тренінгова програма : навч.-мед.посіб. для фахівців соціальної сфери щодо проведення просвітницько-профілактичних занять за програмою «Сходинки» з батьками/опікунами підлітків, які перебувають у конфлікті із законом / Т. Г. Веретенко, О. М. Єсипенко, Ю. В. Пилипас та ін. ; за ред. Т. Л. Лях. – К.: ТОВ «ВД «Калита», 2015. – 156 с.

Список рекомендованих джерел

1. Довідник для підлітків, які звільняються з виховних колоній, щодо медико-соціальних та інших видів послуг на рівні громади / Журавель Т. В., Лях Т. Л., Тимошенко Н. Є. та ін.; за ред. Т. В. Журавель, Т. Л. Лях. – К.: ВГЦ «Волонтер», 2013. – 52 с.
2. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посіб. / Максимова Н. Ю. – К.: Либідь, 2011. – 520 с.
3. Методичні рекомендації щодо організації просвітницької роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки серед підлітків та молоді в установах Державної кримінально-виконавчої служби / [за ред. Т. Л. Лях ; авт. кол.: Журавель Т. В., Лях Т. Л., Скіпальська Г. Б., Чорна Ю. О.]. – К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2013. – 36 с.
4. Підготовка до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження або позбавлення волі на певний строк, у тому числі неповнолітніх : метод. посібник / за ред. Т. В. Журавель, Ю. В. Пилипас ; авт.-кол.: В. М. Вовк, Т. В. Журавель, В. М. Калівошко та ін. – К. : Версо-04, 2012. – 168 с.
5. Розвиток життєвих навичок : навч.-метод. посіб. для роботи зі старшокласниками і випускниками інтернатних закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування / [Л. Дума, Р. Краплич, К. Сіллевіс та ін.] ; за заг. ред. І. Зверєвої. – К.: ФОП Шарко, 2011. – 160 с.

6. Соціальна, педагогічна та психокорекційна робота з неповнолітніми, засудженими до покарань, не пов'язаних із позбавленням полі : метод. посіб. / за ред. І. Д. Зверєвої. – К.: Наук. світ, 2006. – 277 с.
7. Сходинки до здоров'я: просвітницько-профілактична програма тренінгових занять з учнями навчальних закладів системи загальної середньої освіти: навч.-метод. посіб. / Лях Т. Л., Журавель Т. В., Спіріна Т. П. та ін.; за ред. Журавель Т. В., Лях Т. Л. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 232 с.

3 досвіду роботи

Соціальна історія

Давид, 17 років, був засуджений за крадіжку з проникненням у приміщення до 3 років позбавлення волі з випробуванням 1 рік. Проживає з батьком та сестрою. Навчається у професійному ліцеї.

Під час збору інформації для проведення оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення було встановлено, що вихованням дитини майже ніхто не займався: батько багато працював, у зв'язку з чим фактично не мав часу для підлітка, мати була тяжко хвора, проживала окремо у селищі за містом, майже не бачилася з сином. Не відчувавши контролю з боку батьків, підліток часто пропускав заняття без поважної причини, і як наслідок – мав конфлікти із класним керівником та майстром з виробництва. Іноді, зі слів майстра, з'являвся у навчальному закладі в нетверезому стані, мав друзів, які перебували на обліку у поліції.

З метою залучення підлітка до просоціальних видів діяльності, а також для набуття необхідних навичок, Давид був направлений інспектором кримінально-виконавчої інспекції для участі у програмі «Життєві навички», яка провадилась на базі міського ЦСССДМ в межах реалізації пілотної моделі «Центр відвідування для дітей у конфлікті з законом». Крім цього, з підлітком велась індивідуальна робота психолога, спрямована на поліпшення стосунків підлітка із рідними та співробітниками навчального закладу (з якими також було проведено ряд зустрічей щодо оптимізації виховної роботи з дитиною, підвищення їх готовності надати допомогу Давиду у подоланні складних життєвих обставин, у яких він опинився). Через деякий час були досягнуті позитивні зміни у зазначених сферах. Підліток почав більше часу проводити із матір'ю, допомагав їй. З батьком відносини також поліпшилися. Давид став більше часу приділяти навчанню, дещо змінилося коло друзів, почав регулярно приходити до ЦСССДМ та Центру відвідування, іноді навіть з друзями, для участі у різноманітних заходах, іноді активно долучався і до організації заходів.

У березні 2014 року в житті підлітка сталося горе – померла його мати. Давиду було складно прийняти ситуацію та пережити втрату, він був пригнічений, звинувачував батька в тому, що той не дав йому своєчасно попрощатися з матір'ю. З цього приводу із підлітком було проведено кілька індивідуальних психологічних консультацій, у результаті чого він пробачив батька, а найголовніше – пробачив себе.

Наразі у хлопця закінчився випробувальний термін, але він і надалі приходиться до інспектора кримінально-виконавчої інспекції та до соціального працівника, які були залучені до роботи з ним, за певними порадами, розповідає про зміни у своєму житті (хлопець працює, планує створити родину – одружитися з дівчиною, з якою зустрічається вже понад рік).

3 досвіду роботи

Ефективна модель надання соціальних послуг дітям, які опинилися у конфлікті із законом, «Центр відвідування для дітей в конфлікті з законом»

Модель «Центр відвідування для дітей в конфлікті з законом» (далі – ЦВ) розроблена у рамках проекту «Реформування системи кримінальної юстиції щодо неповнолітніх в Україні» (РСКЮ) організації «Агрітім Канада», який є проектом технічної допомоги, що фінансується Канадським Міністерством закордонних справ, торгівлі та розвитку.

Основна цільова група ЦВ – неповнолітні, засуджені до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, або звільнені від відбування покарання з випробуванням.

Мета діяльності: організація ресоціалізації неповнолітніх як цілісного процесу, у якому нагляд за їх поведінкою, проведення з ними соціально-виховної роботи пов'язані із наданням необхідних послуг відповідно до виявлених реабілітаційних потреб.

Необхідні послуги обираються за допомогою спеціального інструменту оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення, що розроблений Державною пенітенціарною службою України за підтримки проекту РСКЮ. Застосування цього інструменту дозволяє побудувати роботу з кожною особою виключно з урахуванням її індивідуальних характеристик, потреб і здібностей з метою усунення факторів, що сприяють її протиправній поведінці.

Ведення випадку здійснюють співробітники підрозділу органу пробації у тісній співпраці з ЦСССДМ, які, у разі потреби, залучають до роботи з неповнолітніми також представників інших державних установ та громадських організацій, які можуть надавати необхідні послуги відповідно до виявлених реабілітаційних потреб за допомогою інструменту оцінки.

Основні переваги у діяльності. На сьогодні робота з неповнолітніми після винесення судом вироку у вигляді покарання, не пов'язаного з позбавленням волі, або звільнення від відбування покарання з випробуванням зводиться переважно до формального контролю за виконанням засудженими обов'язків, покладених на них судом, перелік яких є досить обмеженим і виконання яких не відповідає їх реабілітаційним потребам, що, у свою чергу, унеможлиблює їх виправлення, подальшу ресоціалізацію та запобігання вчиненню ними нових злочинів. Модель ЦВ була розроблена з метою посилення реабілітаційної функції цих видів покарання. У межах моделі соціально-виховна робота з неповнолітніми спрямована, по-перше, на подолання чинників, які підштовхують їх до правопорушень, з урахуванням їх індивідуальних можливостей та готовності працювати над зміною поведінки, та по-друге, на посилення/розвиток сильних сторін особистості (захисних факторів), які допоможуть підтримати зміни (нову модель поведінки), яких було досягнуто під час роботи з неповнолітніми.

Нині модель успішно впроваджена в чотирьох пілотних містах проекту РСКЮ, а саме у Запоріжжі, Мелітополі, Маріуполі та Івано-Франківську. У першому кварталі 2016 року ЦВ відкрито у Львові, планується відкриття центрів у Києві та Одесі. Співробітники підрозділів органу пробації і ЦСССДМ, залучені до реалізації моделі ЦВ, пройшли спеціальне навчання щодо застосування науково обґрунтованих практик і реабілітаційних програм при роботі з неповнолітніми правопорушниками. Починаючи з 2011 року, в межах моделі у пілотних містах проектом РСКЮ охоплено 276 неповнолітніх.

Орієнтовний алгоритм взаємодії підрозділів Кримінально-виконавчої інспекції (КВІ – органу пробації) та центрів соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді, служб у справах дітей з метою проведення заходів стосовно неповнолітніх які перебувають у конфлікті з законом⁵³

Строк	Дії	Установа	Примітка
1 День	Отримання співробітником підрозділу КВІ (підрозділу пробації) вироку суду щодо неповнолітнього, який засуджений до покарання, не пов'язаного з позбавленням волі, або звільнений від відбування покарання з випробуванням	КВІ (підрозділ пробації)	
Ознайомлення неповнолітнього з порядком та умовами відбування покарання			
1-10 день	Обробка вироку суду; виклик неповнолітнього до підрозділу КВІ (підрозділу пробації) з батьками або особами, які їх замінюють, для ознайомлення з вироком суду, умовами та порядком відбування покарання	КВІ (підрозділ пробації)	У разі ухилення засудженого, звільненого від відбування покарання з випробуванням, від виконання обов'язків, які покладені на нього судом, підрозділ органу пробації реагує відповідно до ст. 166 КВК

⁵³ Розроблено у рамках проекту «Реформування системи кримінальної юстиції щодо неповнолітніх в Україні» (РСЮ) організації «Атрітім Канада» спільно з Міністерством соціальної політики України та Державною пенітенціарною службою України. Планується, що порядок взаємодії підрозділів пробації, ЦССДМ та ССД щодо проведення соціально-виховної роботи та реалізації пробаційних програм з неповнолітніми, які засуджені до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, звільнених від відбування покарання з випробуванням, буде затверджено спільним наказом у 2016 році.

Строк	Дії	Установа	Примітка
1-25 день	<p>Збір інформації для заповнення форми оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення (форма оцінки)</p> <p>Ознайомна зустріч співробітника КВІ (підрозділу пробації) з неповнолітнім та його батьками/особами, які їх замінюють</p> <p>Збір інформації для заповнення форми оцінки, направлення запитів до установ, організації, суб'єктів, що надають соціальні послуги (навчального і медичного закладів, правоохоронних органів, служби у справах дітей, ЦСССДМ, громадських організацій тощо), у полі зору яких перебуває неповнолітній;</p> <p>Відвідування місця проживання неповнолітнього за згодою батьків або осіб, які їх замінюють, школи (за потреби)</p>	<p>КВІ (підрозділ пробації)</p> <p>КВІ (підрозділ пробації), суб'єкти, що надають соціальні послуги</p>	<p>Відвідування місця проживання неповнолітнього може відбуватися спільно з представниками ЦСССДМ, служби у справах дітей (за попереднього домовленістю)</p>
Заповнення форми оцінки і складання плану індивідуальної роботи з неповнолітнім			
25-26 день	<p>Заповнення співробітником підрозділу КВІ (підрозділу пробації) форми оцінки</p>	<p>КВІ (підрозділ пробації), суб'єкти, що надають соціальні послуги</p>	
26-30 день	<p>Аналіз заходів, зазначених у банку ресурсів (Додаток 1.1), які можуть сприяти усуненню або зменшенню впливу кризових факторів ризику, виявлених під час оцінки, з метою складання проекту індивідуального плану роботи з неповнолітнім.</p> <p>Зустріч співробітника КВІ (підрозділу пробації) із неповнолітнім з метою позначення проблем, над якими неповнолітній готовий працювати, обговорення з ним цілей і шляхів їх досягнення; обговорення та узгодження індивідуального плану роботи</p>	<p>КВІ (підрозділ пробації)</p>	<p>У разі необхідності, якщо неповнолітній має певні індивідуальні характеристики (наприклад, проблеми з фізичним/психічним здоров'ям тощо), які слід урахувати при наданні послуг, співробітник підрозділу пробації проводить зустріч з тими суб'єктами (надавачами послуг), що мають ресурси для задоволення потреб неповнолітнього, та складається проект плану індивідуальної роботи з неповнолітнім</p>

Строк	Дії	Установа	Примітка
30 день	За потреби направлення до ЦССДМ повідомлення/інформації про неповнолітнього, який перебуває на обліку підрозділу органу пробації за формою, затвердженою наказом Міністерства соціальної політики України від 09.07.2014 № 450, а також стислого опису результатів оцінки ризиків неповнолітнього до центрів	КВІ (підрозділ пробації)	Стислий опис результатів оцінки ризиків неповнолітнього оформляється як додаток до повідомлення
Проведення соціально-виховної роботи відповідно до плану індивідуальної роботи. Перенаправлення до надавачів послуг (за потреби)			
Одразу після проведення оцінки і складання плану індивідуальної роботи, але не пізніше 30 дня з моменту поставлення на облік	Проведення соціально-виховної роботи з неповнолітнім відповідно до плану індивідуальної роботи	КВІ (підрозділ пробації)	
За потреби, після проведення оцінки і складання плану індивідуальної роботи (та при подальшому перегляді плану й оцінки)	За потреби, направлення неповнолітнього для отримання додаткових послуг (які не можуть бути надані підрозділом органу пробації), відповідно до плану індивідуальної роботи, до інших надавачів послуг	КВІ (підрозділ пробації)	Направлення до інших надавачів послуг видається неповнолітньому під його особистий підпис та підпис батьків/осіб, які їх замінюють (за можливості)
Після отримання повідомлення про неповнолітнього та стислого опису результатів оцінки ризиків	Ознайомча зустріч працівника ЦССДМ з неповнолітнім та його батьками/особами, які їх замінюють у разі якщо така зустріч ще не відбулася, з метою обговорення послуг, які будуть надані за направленням підрозділу органу пробації та які, за потреби, можуть бути надані додатково. Проведення оцінки потреб у соціальних послугах неповнолітнього та його сім'ї. Надання послуг, узгоджених з КВІ (підрозділом пробації) за направленням, а також додаткових послуг, за потреби, залежно від результатів оцінки потреб у соціальних послугах	ЦССДМ	(У разі направлення неповнолітнього до центру) З метою підвищення мотивації до першого відвідування центру, співробітник органу пробації може бути присутнім на першій зустрічі працівника центру і неповнолітнього (за необхідності та/або бажанням неповнолітнього)

Строк	Дії	Установа	Примітка
Обмін інформацією			
Щоквартально до 5 числа першого місяця кварталу, наступного за звітним періодом	КВІ (підрозділ пробації) інформує ЦСССДМ та служби у справах дітей про поставлення/зняття з обліку засуджених неповнолітніх, вчинення ними нових злочинів під час перебування на обліку, кількість неповнолітніх, направлених до ЦСССДМ для отримання послуг	КВІ (підрозділ пробації)	
Щоквартально до 25 числа останнього місяця поточного кварталу	КВІ (підрозділ пробації) надсилає запити надавачам послуг щодо запланованих заходів та програм на базі цих організацій, до яких можуть бути залучені неповнолітні, та оновлює інформацію, зазначену в Банку ресурсів. КВІ (підрозділ пробації) і ЦСССДМ регулярно обмінюються інформацією щодо організацій, з якими співпрацюють у громаді та які можуть бути залучені до роботи із засудженими неповнолітніми і їх сім'ями	КВІ (підрозділ пробації), суб'єкти, які надають соціальні послуги	Банк ресурсів створюється КВІ (підрозділом пробації) шляхом пошуку надавачів послуг у місцевій громаді та підписання з ними угод про співпрацю
Щоквартально до 25 числа останнього місяця поточного кварталу	ЦСССДМ надають підрозділу КВІ (органу пробації) копію плану групових заходів центру з неповнолітніми та їх сім'ями за формою, поданою в Додатку 1.2	ЦСССДМ	За необхідності
Щоквартально до 5 числа першого місяця кварталу, наступного за звітним періодом	ЦСССДМ інформують КВІ (підрозділ пробації) про кількість охоплених послугами неповнолітніх за направленням, досягнуті результати кожного окремого неповнолітнього, характер їх реагування на надані послуги, рекомендації щодо подальшої роботи з ними за узгодженою формою (Додаток 1.3)	ЦСССДМ	Інформація щодо заходів, проведених спільно з підрозділами органу пробації, не надається
Один раз на рік або за необхідністю до 25 числа останнього місяця поточного року	КВІ (підрозділ пробації) інформують суб'єкти, які надають соціальні послуги, про кількість неповнолітніх, які успішно пройшли індивідуальний план роботи, і досягнуті результати кожного окремого неповнолітнього	КВІ (підрозділ пробації)	

Строк	Дії	Установа	Примітка
Щопівроку	Моніторинг змін у поведінці неповнолітнього відбувається за допомогою аналізу виконання плану та перегляду оцінки. Перегляд оцінки проводиться кожні 6 місяців. Позаплановий перегляд проводиться у випадках отримання нових даних щодо справи неповнолітнього, які можуть значно вплинути на цілі та завдання визначеної роботи з цією особою, або у випадках, коли неповнолітній демонструє значні позитивні чи негативні зміни у своїй поведінці. План індивідуальної роботи коригується залежно від результатів повторної оцінки	КВІ (підрозділ пробації)	Під час перегляду оцінки підрозділ органу пробації вивчає інформацію, отриману від центрів та інших надавачів послуг щодо проведеної роботи з кожним неповнолітнім, звертається по інформацію до інших установ/осіб, у полі зору яких перебуває неповнолітній, робить висновки із власних спостережень за поведінкою неповнолітнього
Завершення роботи з неповнолітнім.	Проведення підсумкової оцінки ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення		
За 30 днів до завершення строку покарання або випробувального терміну	Проводиться підсумкова оцінка ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення. Мета такої оцінки – проаналізувати прогрес неповнолітнього щодо досягнення цілей, визначених у плані індивідуальної роботи, поточну ситуацію стосовно виявлених криміногенних факторів, а також всі інші питання, які є важливими та потребують вирішення на момент закінчення строку перебування неповнолітнього на обліку підрозділу органу пробації	КВІ (підрозділ пробації)	

Додаток 9.1.1.

**БАНК РЕСУРСІВ
(наявних у місцевій громаді)**

Надавач послуг (назва установи/ закладу/ організації)	Контактна інформація (адреса, телефони)	Заплановані заходи на _____ квартал 20__ р.			Категорія ризику												
		Назва заходу	Мета	Дата/час проведення	Стосунки в сім'ї	Освіта, навчання і працевлаштування	Дозвілля та відпочинок	Стосунки з друзями та родичками	Вживання психоактивних речовин	Особисті якості та поведінка	Ставлення до правопорушень						

Додаток 9.1.2.

Орієнтовний план групових заходів ЦСССДМ
 на _____ квартал 20____ р.

Примітка: у плані зазначаються групові заходи, які заплановані на базі Центру для всіх категорій, з якими працює Центр (включаючи СЖО, волонтерів, інших) та до участі в яких можуть бути залучені неповнолітні засуджені і їх сім'ї.

Назва заходу	Категорія ризику							Дата/час
	Стосунки в сім'ї	Освіта, навчання і працевлаштування	Дозвілля та відпочинок	Стосунки з друзями та однолітками	Вживання психоактивних речовин	Особисті якості та поведінка	Ставлення до правопорушень	

Додаток 9.1.3.

ДОВІДКА ПРО УЧАСТЬ У ЗАХОДАХ ЦСССДМ

_____ за квартал: _____ 20 ____ року

ПІБ неповнолітнього: _____

1. Опис заходів, характеристика участі у них неповнолітнього, результати проведення заходів:

Опис проведених заходів	Характеристика участі неповнолітнього у заходах (рівень вмотивованості до участі, активності, вияв ініціативи, надання позитивного зворотного зв'язку щодо заходу тощо)	Досягнуті результати

2. **Досягнуті загальні результати за вказаний період** (позитивна динаміка в поведінці, набуті знання та навички тощо):

3. **Рекомендації щодо подальшої роботи** (індивідуальні характеристики, обставини тощо, які необхідно враховувати при проведенні подальшої роботи з неповнолітнім):

Директор _____

_____ (підпис)

« _____ » _____ 20 ____ р.

Стадії зміни поведінки

Перша стадія: НЕЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ У ЗМІНАХ

- Немає наміру змінити свою поведінку.
- Підліток уникає інформації щодо «проблемної» поведінки.
- Заперечення відіграє величезну роль на цій стадії, сприяючи «застряганню» особи в тій самій ситуації.

На цій стадії підліток не розуміє, що його поведінка спричиняє якісь проблеми, і тому навіть не думає змінити її. Неповнолітню особу цілком задовольняє паління, вживання алкоголю або наркотиків, його/її вага, його/її протиправна поведінка, тощо, вона бачить більше переваг від такої поведінки, ніж недоліків.

Отже, якщо у підлітка не виникає жодних суттєвих проблем, пов'язаних з його поведінкою чи способом життя, то навряд чи він захоче їх змінити.

На цій стадії можуть спонукати до певних роздумів коментарі/прохання/зауваження значущих людей або ж зміни стану здоров'я, втрата стосунків, якісь суттєві проблеми через таку ж звичку або особливості способу життя у значущих близьких чи друзів (наприклад, інфікування ВІЛ чи ІПСШ, передозування, потрапляння у конфлікт з поліцією чи поставлення на облік, отримання судимості тощо).

Дії фахівців на Першій стадії:

- З'ясувати, чи усвідомлює підліток ризику своєї поведінки.
- Простою та доступною мовою подати якомога повнішу інформацію про явище, його причини, наслідки.
- Ознайомити підлітка зі способами зменшення ризику (наприклад, за умов вживання наркотиків – навчання технік попередження інфікування; за умови збудливості та агресивності – технік реалізації агресії у конструктивному варіанті, зокрема через активну фізичну працю чи спорт) та відпрацювати відповідні навички.

Принципи, яких необхідно дотримуватись під час спілкування з отримувачем послуг на цьому етапі:

- Безумовне прийняття підлітка, відсутність моралізаторства.
- Налагодження зворотного зв'язку з підлітком та встановлення довіри, що допоможе взаєморозумінню.
- Допомога в аналізі альтернативних рішень без нав'язування власних позицій.
- Стимулювання підлітка до роздумів та рефлексії.
- Повага до права вибору.

Друга стадія: РОЗДУМИ ПРО ЗМІНИ

- Часто поштовхом слугує якийсь зовнішній чинник.
- Для цього етапу характерна невизначеність, амбівалентність. Людина відчуває себе на роздоріжжі між необхідністю змін, з одного боку, та байдужістю до змін, з іншого боку.
- Немає чіткої рішучості змінити свою поведінку.
- Думає про зміни, але нічого не робить для їх досягнення.
- Характерне сприйняття бажаного за дійсне/самообман, самовиправдовування.

На цій стадії неповнолітня особа усвідомлює, що в нього/неї є проблеми, і починає думати, чи потрібно/важливо вжити заходів для їх вирішення. Щоб зробити це, їй/йому доведеться відмовитися від певної моделі поведінки (наприклад, куріння сигарет або вживання наркотиків), що є звичкою, допомагає їй/йому відпочити або розслабитися. Тобто, необхідно «вийти із зони комфорту», до чого людина, зазвичай, готова не одразу.

Це важко. Навіть якщо неповнолітня особа твердо переконана, що хоче кинути курити або вживати наркотики, змінити поведінку на більш відповідальну, безпечну, вона може засумніватися при цьому, що має достатньо сили волі, щоб зупинитися або зовсім покинути погані звички. На стадії роздумів про зміни важливо розглянути всі переваги та недоліки відмови від звичної, проте шкідливої моделі поведінки.

Дії фахівців на Другій стадії:

- Необхідно допомогти підлітку зробити правильний вибір – зважити всі «ЗА» та «ПРОТИ» способу життя та поведінки, без осуду й моралізаторства продемонструвати необхідність змін заради кращого майбутнього.
- Не варто підштовхувати підлітка до висновків, акцентувати на діях, адже поспіх може спровокувати страх та зворотну реакцію.
- Продовжувати інформувати про ризики та загалом – надавати інформацію про явище і його наслідки.
- З'ясувати причини, що спонукають особу до ризикованої поведінки; це допоможе у розробленні моделі зміни поведінки та способу життя.

Третя стадія: ПІДГОТОВКА ДО ЗМІН

- Починає розуміти, що переваг у зміні способу життя та звичок більше, ніж у збереженні старих моделей поведінки.
- Приймає рішення, тобто має рішучий намір змінити свою поведінку протягом наступних 30 днів.
- Бере на себе зобов'язання змінити поведінку.
- Може зробити незначні кроки назустріч змінам.
- Інформує інших щодо своїх намірів змінити поведінку.

На цьому етапі підліток іноді вирішує, що не варто докладати зусиль, і може залишити цей етап, повертаючись до етапу попередніх роздумів. Якщо неповнолітня особа має намір змінитися і робить рішучі зусилля, щоб змінити поведінку, він/вона швидко рухатиметься вперед до досягнення бажаного.

Дії фахівців на Третій стадії:

- Допомогти підлітку скласти чіткий план дій (або ж перспективний план), а також сприяти у розвитку навичок, завдяки яким стане можливим втілення запланованого у життя.
- Важливо навчити уникати ризикованих ситуацій, які призводять до практик старої поведінки або повернення до колишнього способу життя, відпрацювати навички протидії тиску середовища та оточуючих.
- Необхідно підсилювати мотивацію до змін, заохочувати, підбадьорювати, помічати успіхи.
- Сприяти у попередженні рецидиву (тобто повернення до старого способу життя та ризикованої поведінки).

Четверта стадія: Дії

- Здійснює роботу над своєю поведінкою та докладає зусиль, які б сприяли змінам.
- Отримує переваги від НОВОЇ моделі поведінки та усвідомлює їх, розуміє, що переваги значно перевищують втрати від зміни старої моделі поведінки.
- Ця стадія передбачає дотримання нової моделі поведінки і вжиття для цього різних заходів відповідно до плану щонайменше протягом трьох місяців.
- Ця стадія вимагає найбільше часу та енергії, впевненості та рішучості, а також розвитку додаткових ресурсів (якостей, вмінь тощо).

Зазвичай досить легко вжити певних заходів і дотримуватися плану впродовж короткого часу. Імпульсу, який виник на етапах роздуму та підготовки, спочатку достатньо для підтримки мотивації до змін. Спочатку стимулом може стати певна «новинка» або ті бонуси, що особа отримує, розпочавши цей шлях. Наприклад, людина більше не курить, краще почуває себе, економить кошти та підраховує їх, усвідомлюючи вигоди. Проте час минає, бонуси стають повсякденням і вже набагато важче підтримати цю зміну. Окрім того, підліток може вирішити, що зміни досягнуто, перестати докладати зусиль і, на жаль, не піти далі. Щоб не починати все спочатку, необхідно постійно дотримуватися нової моделі поведінки.

Дії фахівців на Четвертій стадії:

- Продовжувати мотивувати до змін шляхом допомоги у реалізації плану, заохочення успіхів та досягнень підлітка, моральної підтримки.
- Формувати навички самоконтролю, володіння почуттями; підвищувати самооцінку, впевненість у власних силах та позитивному результаті.
- Продовжувати формувати навички безпечної поведінки щодо різних аспектів життя; розвивати цінність здоров'я і благополуччя, допомагати у формуванні життєвої перспективи.
- Сформувати підтримувальне середовище з числа рідних, близьких або ж інших спеціалістів.

П'ята стадія: ПІДТРИМКА ЗМІН

- Дотримується нової моделі поведінки протягом щонайменше півроку.
- Продовжує активно діяти у напрямі змін, намагається уникнути повернення до старої моделі поведінки.

Неповнолітня особа за підтримки спеціаліста повинна буде розробити кілька стратегій, що допоможуть йому/їй залишитися на цій стадії. Наприклад, кидаючи курити, він/вона може уникати інших осіб, що курять, або триматися осторонь від громадських місць, де курить багато людей. Він/вона може змінити свій спосіб життя іншим чином, намагаючись уникнути ситуацій, що асоціюються з курінням. Зрештою, неповнолітня особа звикне до нової поведінки, і їй/йому не доведеться більше розробляти стратегій та докладати так багато зусиль. Відхилення від нової моделі поведінки, зриви, можуть трапитися у поодиноких випадках, наприклад на вечірці, де він/вона скурих/ла лише одну сигарету. Тоді він/вона все ще може повернутися до цього етапу підтримання. Або ж, навпаки, може настільки зневірися через цей випадок, що взагалі припинить спроби змінитися і повернеться до старої моделі поведінки.

Дії фахівців на П'ятій стадії:

- Підтримувати під час криз та сприяти збереженню позитивного результату; мотивувати щодо продовження дій та самовдосконалення.

- Розвивати здібності до рефлексії, самоаналізу, навички відповідальної та адекватної до ситуації поведінки, навчати цікавого і нового.
- На цьому етапі дуже корисні групи взаємопідтримки для тих, хто намагається подолати таку ж проблему.

РЕЦИДИВ

- Повернення до старої моделі поведінки.
- Зрив може відбутися на будь-якому етапі, починаючи від прийняття рішення (стадія Третя: ПІДГОТОВКА ДО ЗМІН).

Те, на якій стадії опиниться молода людина після зриву, залежить багато в чому від того, як він/вона сприйме цю невдачу. Наприклад, якщо він/вона повірить, що всі його/її зусилля були марними і знову потрібно починати все спочатку, то, найімовірніше, він/вона знову опиниться на Першій стадії НЕЗАЦІКАВЛЕНОСТІ У ЗМІНАХ.

Якщо ж людина знає, що рецидив є частиною процесу відновлення і просто потрібно проаналізувати, чого цей досвід вчить, то, цілком ймовірно, людина продовжить зі стадії ДІЙ та швидко перейде на стадію ПІДТРИМКИ ЗМІН – дотримання нової моделі поведінки. Ось чому дуже важливо підготувати людину до того, що зрив можливий, людина має розуміти, що він може бути частиною процесу, і вона не повинна здаватися, зловживати знову, адже з кожним РЕЦИДИВОМ шлях до змін стає складнішим.

Дії фахівців у випадку РЕЦИДИВУ:

- Пояснити, що головне – зробити правильні висновки та продовжувати діяти. Необхідно допомогти підлітку зважити ресурси та повернутися до реалізації плану, внести в нього необхідні зміни.
- Підтримувати мотивацію, відновити віру в себе, створити для підлітка ряд успішних ситуацій, допомогти набути позитивного досвіду у певній справі, отримати позитивні емоції.

Переглянути, чи сприяло середовище змінам, що необхідно змінити, якими ресурсами збагатити підлітка, щоб надалі зрив не відбувся.

Автори:

Аносова А. В. – канд. пед. наук (частина II, розділ 7),
Безпалько О. В. – докт. пед. наук, професор (частина II, розділ 3),
Виноградова О. А. (частина II, розділ 8.),
Грищевич О. В. (частина II, розділ 3),
Журавель Т. В. – канд. пед. наук, доцент (частина II, розділ 6 та 9),
Кияниця З. П. – канд. пед. наук (частина I),
Луценко І. В. (частина II, розділ 5),
Лях Т. Л. – канд. пед. наук, доцент (частина II, розділ 8),
Новохатня К. А. (частина II, розділ 9),
Носач І. В. (частина II, розділ 4),
Остролицька Л. І. (частина II, розділ 5),
Петрович В. С. – канд. пед. наук, доцент (частина II, розділ 6),
Петрович Ж. В. – докт. пед. наук, професор (частина I),
Петушкова Л.А. (частина II, розділ 2),
Пилипас Ю. В. (частина II, розділ 1),
Цюман Т. П. – канд. пед. наук, доцент (частина II, розділ 6).

Рецензенти:

Колбаса Р. С. – директор Департаменту захисту прав дітей та усиновлення
Міністерства соціальної політики України
Пінчук І. М. – канд. педагогічних наук, начальник Управління профілактики
соціального сирітства Міністерства соціальної політики України
Суліма О. В. – начальник Управління у справах людей похилого віку та надання
соціальних послуг Міністерства соціальної політики України

Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми

посібник у 2-х частинах

Частина друга

ОЗНАКИ ВРАЗЛИВОСТІ ТА СПЕЦИФІКА ПІДТРИМКИ СІМ'Ї ДИТИНИ

Підписано до друку 05.03.2017 Формат 70х100/16

Умовн.-друк. арк. 32,08. Умовн.-вид. арк. 37,85

Папір крейдований матовий. Тираж 5000

Оригінал-макет та друк: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ»

Адреса: Україна, 03067, м. Київ,

вул. Машинобудівна, 50/А

**Міжнародна благодійна організація
«Партнерство «Кожній дитині»**

04212, Київ, а/с 142
тел.: +380 44 388 5179



www.p4ec.org.ua



facebook.com/partnership4everychildUA



twitter.com/P4ECua



youtube.com/user/EveryChildua

**Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
Представництво в Україні**

01021, Київ, Кловський узвіз, 5
тел.: +380 44 254 2450
факс: +380 44 230 2506



www.unicef.org.ua



facebook.com/unicef.ukraine



twitter.com/unicef_ua



vk.com/unicefua



instagram.com/unicef_ukraine



youtube.com/user/unicefukraine