НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПСИХОЛОГІЇ

**КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ, АДМІНІСТРУВАННЯ,
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

Г. КРАВЧЕНКО, Н. ПРИХОДЬКІНА,

Т. РОЖНОВА, Т. МАХИНЯ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛІКІВ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: І «Охорона здоров’я та соціальне забезпечення»

Спеціальність: І10 «Соціальна робота та консультування

Освітня кваліфікація: Магістр з соціальної роботи

Київ – 2026

УДК: 364:616-036.86(075.8)
ББК: 65.272я73

Затверджено Вченою радою Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
(*протокол № 1 від 12 лютого 2026 р.*)

Рекомендовано до друку Вченою радою ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
(*протокол № 3 від 25 лютого 2026 р.*)

Соціальна робота та реабілітація в умовах сучасних викликів: від теорії до професійної практики: навчальний посібник / упорядники матеріалів: Г. Кравченко, Н. Приходькіна, Т. Рожнова, Т. Махиня. — Електрон. дан. — Київ : ДЗВО «Університет менеджменту освіти», 2026. — 480 с. : табл., рис. — on-line.

Рецензенти:

Сайко Н.О., д.пед.н, проф., завідувачка кафедрою соціальної роботи, реабілітації та повоєнної адаптації Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка

Рень Л. В., к. пед. наук, доцент, завідувачка кафедрою соціальної роботи та освітніх і педагогічних наук Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка

Навчальний посібник «Соціальна робота та реабілітація в умовах сучасних викликів: від теорії до професійної практики» спрямований на підготовку здобувачів магістерського рівня у галузі соціальної роботи та соціальної реабілітації відповідно до сучасних освітніх стандартів. У посібнику розкрито теоретико-методологічні засади соціальної роботи, сучасні підходи до соціальної політики та управління, технології роботи з різними категоріями населення, медико-біологічні основи соціальної реабілітації, а також питання соціального партнерства, розвитку громад, правового та економічного забезпечення соціальної сфери. Значну увагу приділено професійному розвитку соціального працівника, інноваційним технологіям, проєктній діяльності та науково-дослідній підготовці магістрантів .

Особливістю видання є його практична спрямованість: кожен розділ містить не лише теоретичний матеріал, але й практичні завдання, кейси для аналізу, питання для самоконтролю та методичні рекомендації. Посібник враховує специфіку українського контексту, зокрема виклики воєнного та післявоєнного періоду, що зумовлюють необхідність підготовки фахівців, здатних працювати з ветеранами, внутрішньо переміщеними особами, людьми з інвалідністю та іншими вразливими групами населення .

Видання призначене для здобувачів вищої освіти, науково-педагогічних працівників, практиків соціальної сфери, а також усіх, хто цікавиться проблемами соціальної роботи, соціальної реабілітації та розвитку соціальних послуг.

© ДЗВО «УМО», 2026 рік
© Г. Кравченко, © Н. Приходькіна,
© Т. Рожнова, © Т. Махиня, 2026 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 12
1.1. Парадигми сучасної соціальної роботи в Україні та світі 12
1.2. Концептуальні засади соціальної реабілітації 19
1.3. Методологія наукових досліджень у соціальній роботі 29
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 40
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 42
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ: 43
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 43
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА УПРАВЛІННЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ 46
2.1. Соціальна політика України в умовах євроінтеграції 46
2.2. Менеджмент соціальної роботи 55
2.3. Проєктний менеджмент у соціальній сфері 66
2.4. Якість соціальних послуг: оцінка та забезпечення 81
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 92
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 94
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 98
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ: 100
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 100
РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДОРОСЛИМИ 110
3.1. Ресоціалізація дорослих: теорія та практика 110
3.2. Соціальна реабілітація осіб з особливими освітніми потребами 119
3.3. Соціальна корекція девіантної поведінки 126
3.4. Робота з ветеранами та особами з ПТСР 133
3.5. Соціальний супровід внутрішньо переміщених осіб 153

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 165
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 167
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 172
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 174
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 175
РОЗДІЛ 4. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ. 178
4.1. Біопсихосоціальна модель здоров'я та функціонування 178
4.2. Медичні аспекти реабілітації 189
4.3. Реабілітація осіб з психічними розладами 200
4.4. Геронтологія та соціальна робота з людьми похилого віку 211
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 226
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 228
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 230
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 231
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 232
РОЗДІЛ 5. СОЦІАЛЬНЕ ПАРТНЕРСТВО ТА МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ 235
5.1. Концепція соціального партнерства 235
5.2. Волонтерство у системі соціальної роботи 242
5.3. Робота в міждисциплінарних командах 245
5.4. Компетенції для міждисциплінарної співпраці 247
5.5. Роль соціального працівника у міждисциплінарних командах 247
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 249
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 250
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 251
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 251
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 252
РОЗДІЛ 6. СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ГРОМАДИ 255

6.1. Громадоцентрований підхід у соціальній роботі 255
6.2. Соціальна робота на рівні територіальної громади 261
6.3. Соціальний капітал та згуртованість громад 267
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 275
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 279
ПРОЄКТНІ ЗАВДАННЯ 282
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 285
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 285
РОЗДІЛ 7. ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ .. 289
7.1. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи 289
7.2. Соціальне забезпечення та соціальне страхування 301
7.3. Економіка соціальної сфери 315
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 327
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 331
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 333
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 338
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 338
РОЗДІЛ 8. ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА 343
8.1. Професійна ідентичність та цінності соціальної роботи 343
8.2. Етика ділового спілкування в соціальній сфері 344
8.3. Професійне зростання та управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти 353
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 365
КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ 367
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 369
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 370
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 371
РОЗДІЛ 9. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ 377

9.1. Психологія травми і травмуючих подій 378
9.2. Соціальна медіація та фасилітація 398
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 436
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 440
ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ 443
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 444
РОЗДІЛ 10. НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА МАГІСТРАНТА 457
10.1. Організація наукового дослідження 457
10.2. Методи збору та аналізу даних 461
10.3. Оформлення результатів дослідження 466
10.4. Академічна доброчесність 469
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 471
ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ 473
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА 476
ВІДОМОСТІ ПРО УПОРЯДНИКІВ 479

ПЕРЕДМОВА

Пропонований навчальний посібник призначений для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-наукової програми «Соціальна робота. Соціальна реабілітація» спеціальності І10 «Соціальна робота та консультування» галузі знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»

Посібник розроблено відповідно до Стандарту вищої освіти за другим (магістерським) рівнем (Наказ МОН України №556 від 24.04.2019 р.) та освітньо-наукової програми «Соціальна робота. Соціальна реабілітація», затвердженої у 2024 році.

Актуальність підготовки фахівців у галузі соціальної роботи, зокрема соціальної реабілітації, зумовлена складними соціально-економічними викликами, з якими стикається українське суспільство в умовах воєнного та післявоєнного часу. Потреба у кваліфікованих соціальних працівниках, здатних надавати професійну допомогу ветеранам, внутрішньо переміщеним особам, людям з інвалідністю, особам з ПТСР та іншим вразливим категоріям населення, є надзвичайно гострою.

Посібник побудовано за модульним принципом, що дозволяє забезпечити комплексну підготовку магістрантів як у теоретичному, так і в практичному аспектах професійної діяльності. Кожен розділ містить теоретичний матеріал, практичні завдання, кейси для аналізу, питання для самоконтролю та рекомендовану літературу.

Мета посібника полягає в забезпеченні теоретико-методологічної та практичної підготовки магістрантів до вирішення актуальних завдань і проблем у галузі соціальної роботи та соціальної реабілітації.

Завдання посібника:

– сформувати систему спеціалізованих концептуальних знань у галузі соціальної роботи та соціальної реабілітації;

– розвинути здатність до критичного мислення, аналізу та синтезу складних проблем соціальної сфери;

– забезпечити оволодіння сучасними технологіями соціально-психологічної реабілітації;

– сформувати готовність до управління соціальними проектами та організації професійної діяльності;

– розвинути дослідницькі компетентності та навички наукової роботи;

– підготувати до роботи в міждисциплінарних командах та професійної взаємодії;
– сформувати ціннісні орієнтації та професійну ідентичність соціального працівника.

КОМПЕТЕНТНОСТІ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ

Інтегральна компетентність:

Здатність розв'язувати актуальні завдання та проблеми у галузі соціальної роботи і соціальної реабілітації у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень із використанням відповідних теорій і методів, здійснення інновацій та характеризується невизначеністю умов і вимог

Загальні компетентності (ЗК):

– ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
– ЗК 2. Здатність розробляти і управляти проектами.
– ЗК 3. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
– ЗК 4. Здатність спілкуватися іноземною мовою.
– ЗК 5. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні.
– ЗК 6. Здатність виявляти ініціативу та підприємливість.
– ЗК 7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
– ЗК 8. Здатність генерувати нові ідеї (креативність).
– ЗК 9. Навички міжособистісної взаємодії.
– ЗК 10. Здатність працювати в команді

Спеціальні (фахові) компетентності (СК):

– СК 1. Здатність до розуміння та використання сучасних теорій, методологій і методів соціальних та інших наук, у тому числі методи математичної статистики та кількісні соціологічні методи, стосовно завдань фундаментальних і прикладних досліджень у галузі соціальної роботи.
– СК 2. Здатність до виявлення соціально значимих проблем і факторів досягнення соціального благополуччя різних груп населення.
– СК 3. Здатність професійно діагностувати, прогнозувати, проектувати та моделювати соціальні ситуації.
– СК 4. Здатність до впровадження методів і технологій інноваційного практикування та управління в системі соціальної роботи.

– СК 5. Здатність спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня (експертами з інших галузей/видів економічної діяльності), налагоджувати взаємодію державних, громадських і комерційних організацій на підґрунті соціального партнерства.

– СК 6. Здатність до оцінки процесу і результату професійної діяльності та якості соціальних послуг.

– СК 7. Здатність до професійної рефлексії.

– СК 8. Здатність до спільної діяльності та групової мотивації, фасилітації процесів прийняття групових рішень.

– СК 9. Здатність доводити знання та власні висновки до фахівців та нефахівців.

– СК 10. Здатність виявляти ініціативу та підприємливість задля вирішення соціальних проблем через впровадження соціальних інновацій.

– СК 11. Здатність виявляти професійну ідентичність та діяти згідно з цінностями соціальної роботи.

– СК 12. Здатність до критичного оцінювання соціальних наслідків політики у сфері прав людини, соціальної інклюзії та сталого розвитку суспільства.

– СК 13. Здатність до формування позитивного іміджу професії, її статусу в суспільстві.

– СК 14. Здатність до ефективного менеджменту організації у сфері соціальної роботи.

– СК 15. Здатність до оволодіння навичками самостійного опанування новими знаннями, використовуючи сучасні освітні та дослідницькі технології у соціальній сфері.

– СК 16. Здатність до узагальнення результатів власних наукових досліджень та їх оприлюднення у формі наукових звітів (тез, статей, доповідей тощо).

– СК 17. Здатність упроваджувати в роботі з соціально виключеними групами клієнтів принципи незалежного життя, рівності прав, вивчення і збереження сімейних і соціальних зв’язків індивідів, комплексності і послідовності, стимулювання процесів самозмін та саморозвитку.

– СК 18. Здатність до побудови професійної взаємодії у міждисциплінарних командах, розв’язувати професійні задачі у межах своєї компетенції.

– СК 19. Здатність будувати реабілітаційний процес із врахуванням порушень функцій і структури організму, характеристик активності і участі клієнта, а також факторів навколишнього середовища, що впливають на здоров'я та життєдіяльність.

Програмні результати навчання (ПР)

– ПР 1. Розв’язувати складні задачі і проблеми, що потребують оновлення й інтеграції знань в умовах неповної/недостатньої інформації та суперечливих вимог.

– ПР 2. Критично оцінювати результати наукових досліджень і різні джерела знань про практики соціальної роботи, формулювати висновки та рекомендації щодо їх впровадження.

– ПР 3. Застосовувати іноземні джерела при виконанні завдань науково-дослідної та прикладної діяльності, висловлюватися іноземною мовою, як усно, так і письмово.

– ПР 4. Показувати глибинне знання та системне розуміння теоретичних концепцій, як із галузі соціальної роботи, так і з інших галузей соціогуманітарних наук.

– ПР 5. Збирати та здійснювати кількісний і якісний аналіз емпіричних даних.

– ПР 6. Самостійно й автономно знаходити інформацію необхідну для професійного зростання, опановувати її, засвоювати та продукувати нові знання, розвивати професійні навички та якості.

– ПР 7. Застосовувати загальне та спеціалізоване програмне забезпечення для вирішення професійних задач та здійснення наукового дослідження.

– ПР 8. Автономно приймати рішення в складних і непередбачуваних ситуаціях.

– ПР 9. Виконувати рефлексивні практики в контексті цінностей соціальної роботи, відповідальності, у тому числі для запобігання професійного вигорання.

– ПР 10. Аналізувати соціальний та індивідуальний контекст проблем особи, сім’ї, соціальної групи, громади, формулювати мету і завдання соціальної роботи, планувати втручання в складних і непередбачуваних обставинах відповідно до цінностей соціальної роботи.

– ПР 11. Організовувати спільну діяльність фахівців різних галузей і непрофесіоналів, здійснювати їх підготовку до виконання завдань соціальної

роботи, ініціювати командоутворення та координувати командну роботу. ПР 12. Оцінювати соціальні наслідки політики у сфері прав людини, соціальної інклюзії та сталого розвитку суспільства, розробляти рекомендації стосовно удосконалення нормативно-правового забезпечення соціальної роботи.

– ПР 13. Демонструвати ініціативу, самостійність, оригінальність, генерувати нові ідеї для розв’язання завдань професійної діяльності.

– ПР 14. Визначати методологію прикладного наукового дослідження та застосовувати методи кількісного та якісного аналізу результатів, у тому числі методи математичної статистики.

– ПР 15. Розробляти критерії та показники ефективності професійної діяльності, застосовувати їх в оцінюванні виконаної роботи, пропонувати рекомендації щодо забезпечення якості соціальних послуг та управлінських рішень.

– ПР 16. Розробляти соціальні проекти на високопрофесійному рівні.

– ПР 17. Самостійно будувати та підтримувати цілеспрямовані, професійні взаємини з широким колом людей, представниками різних спільнот і організацій, аргументувати, переконувати, вести конструктивні переговори, результативні бесіди, дискусії, толерантно ставитися до альтернативних думок.

– ПР 18. Демонструвати позитивне ставлення до власної професії та відповідати своєю поведінкою етичним принципам і стандартам соціальної роботи.

– ПР 19. Критично оцінювати результати наукових досліджень та здійснювати пошук потрібної наукової інформації у соціальній сфері.

– ПР 20. Узагальнювати результати власних наукових досліджень та оприлюднювати їх у формі наукових звітів (тез, статей, доповідей тощо).

– ПР 21. Володіти технологіями соціальної реабілітації, побудованими згідно принципів незалежного життя, рівності прав, вивчення і збереження сімейних і соціальних зав’язків індивідів, комплексності і послідовності, стимулювання процесів самозмін та саморозвитку.

– ПР 22. Будувати реабілітаційний процес із урахуванням порушень функцій і структури організму, характеристик активності і участі клієнта, а також факторів навколишнього середовища, що впливають на здоров'я та життєдіяльність.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Парадигми сучасної соціальної роботи в Україні та світі

Соціальна робота як професійна діяльність пройшла тривалий шлях становлення, що відображає зміни в суспільному розумінні природи соціальних проблем та способів їх вирішення. Як зазначають М. Лукашевич та Т. Семигіна (2023), соціальна робота є єдиним динамічним багатоплановим процесом, що органічно поєднує наукові знання, творчі пошуки, взаємні зусилля інститутів і організацій, працівників і клієнтів. Витоки організованої допомоги потребуючим сягають доби благодійництва та філантропії, коли підтримка вразливих верств населення здійснювалась переважно релігійними організаціями та окремими меценатами.

Наприкінці XIX століття відбувся якісний перехід від стихійної благодійності до наукового осмислення соціальних проблем. Рух сетлментів у Великій Британії та США, представлений діяльністю Тойнбі-Холу в Лондоні та Халл-Хаусу в Чикаго, заклав підвалини общинної соціальної роботи. Водночас Мері Річмонд розробила методологію індивідуальної роботи з випадком, що стало фундаментом кейс-менеджменту. Її праця «Соціальні діагнози» (1917) систематизувала підходи до оцінювання потреб клієнтів та планування інтервенцій.

Протягом XX століття соціальна робота зазнала впливу різноманітних теоретичних течій. Психодинамічний підхід, що домінував у першій половині століття, зосереджувався на внутрішніх конфліктах особистості та їхньому впливі на соціальне функціонування. За Т. Семигіною (2020), теорія соціальної роботи, що сформувалася навколо аналітичних побудов екзистенційно-гуманістичної парадигми, має свої відмінні риси, які притаманні їй у роботі з клієнтом. Пізніше біхевіористські та когнітивно-поведінкові концепції запропонували інструментарій для модифікації проблемної поведінки через системи підкріплення та зміну когнітивних схем.

Радикальна критика 1960–1970-х років поставила під сумнів індивідуалізуючий підхід до соціальних проблем, наголошуючи на структурних причинах бідності, дискримінації та маргіналізації. Наразі професія інтегрує множинні теоретичні перспективи, застосовуючи їх відповідно до специфіки

ситуації клієнта та контексту надання послуг. Як наголошує Т. Семигіна у праці «Сучасні теорії соціальної роботи» (2021), все популярнішою у соціальній роботі стає дослідження в дії, тобто стратегія, спрямована на допомогу усім зацікавленим сторонам у створенні нового спільного знання.

Таблиця 1.1

Еволюція підходів до соціальної роботи

Період	Підхід	Характеристика
До кінця XIX ст.	Благодійництво та філантропія	Патерналістське ставлення, релігійна та приватна допомога
Кінець XIX – початок XX ст.	Науковий підхід (М. Річмонд)	Систематизація методів, індивідуальна робота з випадком
Перша половина XX ст.	Психодинамічний підхід	Фокус на внутрішніх конфліктах особистості
Середина XX ст.	Біхевіористський підхід	Модифікація поведінки, системи підкріплення
1960-1970-ті рр.	Радикальний/критичний підхід	Структурні причини проблем, емпаверемент
Сучасність	Інтегративний підхід	Поєднання множинних перспектив, доказова практика

Гуманістична парадигма утверджує центральне місце людини в системі соціальної допомоги, визнаючи її унікальність, гідність та здатність до самовизначення. Філософським підґрунтям цього підходу слугують ідеї екзистенціалізму та гуманістичної психології, зокрема концепції Карла Роджерса про безумовне позитивне ставлення та клієнтоцентровану терапію, а також уявлення Абрахама Маслоу про ієрархію потреб та самоактуалізацію. За визначенням гуманістичних психологів, на ранній розвиток гуманістичної психології значний вплив мали роботи кількох ключових теоретиків, особливо А. Маслоу та К. Роджерса.

У контексті соціальної роботи гуманістична парадигма передбачає визнання клієнта експертом власного життя, здатним приймати рішення щодо свого майбутнього. Роль соціального працівника трансформується від

директивного керівника до фасилітатора, який створює умови для розкриття потенціалу особистості. Як зазначає Карл Роджерс (1951), кожен індивід існує в постійно мінливому світі досвіду, центром якого він є. Стосунки між працівником та клієнтом будуються на засадах партнерства, взаємоповаги та автентичності.

Принцип самовизначення є наріжним каменем гуманістичної практики. Він означає право клієнта самостійно обирати напрям та способи вирішення власних проблем, навіть якщо ці рішення не збігаються з професійними рекомендаціями соціального працівника. На основі ідей гуманістичної психології було розроблено революційні психотерапевтичні методи, в основі яких лежали насамперед принципи безумовно позитивного прийняття клієнта – безумовна емпатія, увага до його переживань, їх усвідомлення самим клієнтом, підтримка у здійсненні вибору та прийняття рішень.

Гуманістичний підхід акцентує увагу на сильних сторонах особистості, а не на її дефіцитах. Замість фокусування на проблемах та патологіях, соціальний працівник допомагає клієнту ідентифікувати наявні ресурси, успішний досвід подолання труднощів та потенціал для зростання. Така орієнтація на сили сприяє формуванню позитивної ідентичності та підвищенню самоефективності клієнта. За А. Маслоу (1954), люди вмотивовані задовольняти спочатку найбільш базові потреби, перш ніж переходити до інших, більш високих потреб, включаючи самоактуалізацію.

Біопсихосоціальна модель, запропонована Джорджем Енгелем та Джоном Романо з Університету Рочестера у 1977 році як альтернатива редукціоністському біомедичному підходу, набула широкого застосування в соціальній роботі завдяки своїй інтегративній природі. Ця модель розглядає здоров'я та соціальне функціонування як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, жоден з яких не може бути зведений до іншого чи розглядатися ізольовано.

Біопсихосоціальна модель змінила світоглядне розуміння здоров'я та захворювання. Згідно з цією моделлю, виникнення хвороби зумовлене сукупністю біологічних, психологічних та соціальних факторів. Ці фактори впливу поділяють на фактори ризику, стрес-фактори та протективні. Біологічний компонент охоплює генетичні особливості, фізіологічні процеси, стан здоров'я, вплив захворювань та інвалідності на життєдіяльність особи. Соціальний працівник має розуміти, як біологічні чинники впливають на поведінку та можливості клієнта.

БІОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ	ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ	СОЦІАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ
• Генетика	• Когнітивні процеси	• Сімейні стосунки
• Фізіологія	• Емоційні стани	• Соціальні мережі
• Стан здоров'я	• Копінг-стратегії	• Економічні умови
• Інвалідність	• Мотивація	• Культурний контекст

Рис. 1. 1. Структура біопсихосоціальної моделі

Біопсихосоціальна модель була прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2002 році як основа для Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Психологічний компонент включає когнітивні процеси, емоційні стани, особистісні риси, копінг-стратегії та мотивацію. Розуміння психологічних механізмів дозволяє соціальному працівнику адаптувати інтервенції до індивідуальних особливостей клієнта, враховувати вплив травматичного досвіду та підтримувати психологічну стійкість.

Соціальний компонент охоплює сімейні стосунки, соціальні мережі, культурний контекст, економічні умови та інституційне середовище. Як зазначають К. Аймедов (2016), Б. Михайлов і В. Мажбіц (2011), у сфері охорони психічного здоров'я ця модель дозволяє забезпечити комплексний, мультидисциплінарний підхід до лікування і реабілітації пацієнтів. Застосування біопсихосоціальної моделі потребує комплексного оцінювання ситуації клієнта з урахуванням усіх трьох вимірів та міждисциплінарної співпраці з фахівцями медичної, психологічної та інших допоміжних професій.

Екологічна перспектива соціальної роботи, що розвинулась на основі загальної теорії систем та екології людського розвитку Урі Бронфенбреннера, пропонує концептуальну рамку для розуміння взаємодії між людиною та множинними рівнями її середовища. Урі Бронфенбреннер (1977) припустив, що оточення дитини – це вкладене розташування структур, кожна міститься в наступних. Центральним поняттям цього підходу є «людина в середовищі»

(person-in-environment), що наголошує на нерозривному зв'язку між індивідом та його соціальним контекстом.

Урі Бронфенбреннер виокремив кілька рівнів середовища, що впливають на розвиток та функціонування особистості. Мікросистема охоплює безпосереднє оточення людини – сім'ю, друзів, робоче місце, навчальний заклад. Мезосистема представляє взаємозв'язки між елементами мікросистеми. Екзосистема включає соціальні інститути, які опосередковано впливають на людину. Макросистема охоплює культурні цінності, політичний устрій та ідеологію суспільства. Модель Урі Бронфенбреннера швидко стала дуже привабливою і стала прийнятою як корисна основа для вивчення розвитку дитини психологами, соціологами та соціальними працівниками.

Теоретичним стрижнем екологічної моделі соціальної роботи є ідея, відповідно до якої у роботі з клієнтом, особливо на етапі втручання, необхідно зважати на впливи середовища, оскільки фізичні і соціальні умови можуть бути джерелом стресу, об'єктами змін або інструментами допомоги. У соціальній роботі екологічна модель найяскравіше представлена життєвою моделлю (Life Model), яку в 1972 р. почали розвивати американські вчені Карел Гермейн (1916–1995) і Алекс Гіттерман (нар. 1936), які її основні положення згодом виклали в книзі «Життєва модель та практика соціальної роботи» (1980).

МАКРОСИСТЕМА	ЕКЗОСИСТЕМА	МЕЗОСИСТЕМА	МІКРОСИСТЕМА
Культурні цінності	Місцева громада	**Взаємозв'язки:**	Сім'я
Політичний устрій	ЗМІ та медіа	сім'я – школа	Друзі
Економічна система	Соціальний захист	сім'я – робота	Робоче місце
Ідеологія	Система освіти	школа – громада	Навчальний заклад

Рис. 1. 2. Екологічна модель Бронфенбреннера

Екологічний підхід також наголошує на важливості життєвих переходів та стресів, пов'язаних зі змінами в житті людини. Соціальна робота підтримує клієнтів у процесі цих переходів, мобілізуючи ресурси середовища та зміцнюючи копінг-стратегії. Як зазначається у дослідженнях про актуальність екологічного фактору в соціальній роботі, звернення соціальних працівників до

екологічної теорії було зумовлено життєвою необхідністю, коли увага зосереджувалася на проблемі взаємодії людини з навколишнім середовищем.

Українська модель соціальної роботи в контексті воєнних викликів.

Становлення соціальної роботи як професії в Україні відбувалось у специфічних умовах пострадянської трансформації. Як самостійний вид діяльності соціальна робота утвердилася в Україні в середині 90-х років XX ст., що було спричинено масштабними змінами в суспільстві, передусім соціально-економічною кризою, появою вразливих груп населення, які потребували професійної допомоги/ Т. Семигіна та О. Брижовата (2002) здійснили важливий внесок у розвиток міжнародного визначення соціальної роботи в українському контексті.

Таблиця 1.2

Особливості української моделі соціальної роботи воєнного часу

Особливість	Характеристика
Робота з ВПО	Екстрена гуманітарна допомога, сприяння житлом, працевлаштування, психосоціальна підтримка понад 5 млн осіб
Травма-інформований підхід	Розуміння впливу травми, розпізнавання ознак, уникнення ретравматизації, сприяння відновленню
Робота з ветеранами	Реінтеграція в цивільне життя, медичні та реабілітаційні послуги, підтримка сімей
Роль громадянського суспільства	Співпраця державних інституцій, НУО, волонтерів та міжнародних партнерів
Орієнтація на резилієнтність	Зміцнення спроможності до відбудови та розвитку в поствоєнний період

Повномасштабна російська агресія, що розпочалась у лютому 2022 року, поставила перед українською соціальною роботою безпрецедентні виклики. Повномасштабне вторгнення на територію України у 2022 році спричинило безпрецедентну гуманітарну кризу, результатом якої стали мільйони внутрішньо переміщених осіб (ВПО). За даними Міністерства соціальної

політики, кількість офіційно зареєстрованих ВПО перевищила 4 мільйонів осіб. Масштаби вимушеного переміщення, руйнувань, втрат та психологічних травм вимагали радикального переосмислення пріоритетів та методів роботи.

Першою особливістю української моделі є масштабна робота з внутрішньо переміщеними особами. Як зазначають І. Григоренко та Н. Савельєва (2017), внутрішньо переміщені особи – це особи, змушені раптово тікати зі своїх будинків у результаті збройного конфлікту, внутрішньої ворожнечі, систематичних порушень прав людини або стихійних лих і знаходяться на території власної країни. Соціальна робота з цією категорією охоплює екстрену гуманітарну допомогу, сприяння в забезпеченні житлом та працевлаштуванні, підтримку дітей у адаптації до нових освітніх закладів.

Другою особливістю є пріоритетність травма-інформованого підходу (Trauma-Informed Care, TIC). Значна частина населення зазнала прямого впливу бойових дій, втратила близьких, пережила окупацію чи полон. На відміну від традиційних підходів, що фокусуються на задоволенні базових потреб клієнта, TIC враховує глибину психологічного досвіду особи, визнає її переживання і формує безпечне середовище для відновлення. Провідні міжнародні практики та вітчизняний досвід (Климчук, 2020; Максимов, 2022) свідчать про ефективність використання TIC у роботі з особами, які пережили травматичні події.

Третьою особливістю є робота з ветеранами та членами їхніх сімей. Соціальна реабілітація (реадаптація), як комплекс заходів, спрямована на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї й дієздатності. Цей процес націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й самого соціального середовища. Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації досліджуються в монографії за редакцією О. Чуйко (2021), де висвітлюються комплексні підходи до відновлення особистості.

Четвертою особливістю є значна роль громадянського суспільства та волонтерського руху. Українська модель соціальної роботи воєнного часу характеризується тісною співпрацею державних інституцій, недержавних організацій, волонтерських ініціатив та міжнародних партнерів. Як зазначає С. Задорожна та І. Карпова (2017), відношення населення приймаючих громад до внутрішньо переміщених осіб є важливим чинником успішної інтеграції.

П'ятою особливістю є орієнтація на стійкість та відновлення. Концепція резилієнтності набула особливої актуальності в контексті війни. За даними досліджень, 89% внутрішньо переміщених осіб продемонструвалися високий

рівень реактивної тривожності, що характеризується підвищеною емоційною напруженістю, відчуттям небезпеки та постійним занепокоєнням. Соціальна робота спрямована не лише на подолання безпосередніх наслідків війни, але й на зміцнення спроможності українського суспільства до відбудови та розвитку в поствоєнний період.

Українська модель соціальної роботи продовжує еволюціонувати, інтегруючи міжнародний досвід роботи в кризових та постконфліктних контекстах та водночас розробляючи власні підходи, адекватні унікальним викликам. Як наголошує Т. Семигіна (2024), сучасна соціальна робота стикається з глобальними трендами та пріоритетами соціального розвитку. Ця модель стає важливим внеском у світову практику соціальної роботи в умовах збройних конфліктів та масових гуманітарних криз.

1.2. Концептуальні засади соціальної реабілітації

Соціальна реабілітація є багатовимірним поняттям, що перебуває на перетині кількох наукових дисциплін та професійних практик (Колішкін, 2015). Етимологічно термін «реабілітація» походить від латинських слів «re» (знову) та «habilis» (придатний, здатний), що буквально означає відновлення здатності, повернення до попереднього стану. Проте сучасне розуміння реабілітації виходить далеко за межі простого відновлення, охоплюючи процеси розвитку нових компетенцій, адаптації та соціальної інтеграції (Марунич, Шевчук & Яворовенко, 2006).

З медичної перспективи реабілітація традиційно розглядалася як комплекс заходів, спрямованих на відновлення функцій організму після захворювання, травми чи оперативного втручання. Медична реабілітація фокусується на фізіологічних аспектах відновлення та використовує переважно клінічні методи впливу (Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я», 2020). Однак уже в середині XX століття стало очевидним, що цей медичний підхід є недостатнім для повноцінного повернення людини до активного життя (Engel, 1977).

Психологічний вимір реабілітації акцентує увагу на відновленні психічних функцій, подоланні психологічних наслідків травматичного досвіду, формуванні адаптивних копінг-стратегій та позитивної самооцінки (Основи реабілітаційної психології, 2018). Психологічна реабілітація є особливо важливою для осіб, які пережили кризові життєві події, втратили близьких,

зазнали насильства або тривалий час перебували в несприятливих умовах (Ларіна, 2018).

Власна соціальна реабілітація фокусується на відновленні або формуванні соціального функціонування особи, її здатності виконувати соціальні ролі, підтримувати соціальні зв’язки та брати участь у житті суспільства (Колішкін, 2015).

Всесвітня організація охорони здоров'я шукає реабілітацію як комплекс заходів, які мають особам, які мають обмеження функції або інвалідність, досягти та підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії з їх середовищем (WHO, 2001).

Таблиця 1.3

Міждисциплінарний характер реабілітації

Вид реабілітації	Фокус	Методи
Медична	Відновлення функцій організму	Фізіотерапія, медикаментозне лікування, хірургія
Психологічна	Психічні функції, подолання травми	Психотерапія, консультування, тренінги
Соціальна	Соціальне функціонування, інтеграція	Соціальний супровід, адаптація, орієнтація
Професійна	Працездатність, зайнятість	Профорієнтація, навчання, працевлаштування
Педагогічна	Освітні потреби, розвиток	Корекційне навчання, виховання

В українському законодавстві соціальна реабілітація значною мірою є система заходів, спрямованих на відновлення дієздатності особи до життєдіяльності в соціальному середовищі шляхом соціально-побутової адаптації та соціально-середовищної орієнтації (Закон України «Про соціальні послуги», 2019). Це визначення підкреслює практичну спрямованість реабілітації на забезпечення самостійного функціонування особи в повсюдному житті.

Міждисциплінарний характер соціальної реабілітації проявляється в її зв'язках з педагогікою, що забезпечує освітній компонент реабілітаційного процесу; з правознавством, що регулює правовий статус осіб з інвалідністю та систему реабілітаційних послуг; з економікою, що використовує ресурсне забезпечення реабілітації та механізми професійної інтеграції; з соціологією, що досліджує соціальні бар'єри та умови інклюзії (Сазанова, 2020). Така міждисциплінарність потребує командного підходу до реабілітації із залученням фахівців різного профілю (Stucki, Cieza & Melvin, 2007).

Принципи соціальної реабілітації

Ефективність реабілітаційного процесу суттєвою мірою залежить від утримання фундаментальних принципів, які припускають його організацію та зміст. Ці принципи формувались на основі теоретичного осмислення природи реабілітації та узагальнення практичного досвіду (Марунич та ін., 2006; ВООЗ, 2001).

Таблиця 1.4

Принципи соціальної реабілітації

Принцип	Зміст
Індивідуалізація	Розробка програми з урахуванням унікальних особливостей кожної особи
Комплексність	Поєднання медичних, психологічних, соціальних, освітніх компонентів
Безперервність	Послідовне надання послуг без невиправданих перерв
Етапність	Логічна послідовність заходів від простих до складних
Партнерство	Активна роль клієнта як співавтора програми
Доступність	Рівний доступ незалежно від місця проживання та статусу
Соціальна спрямованість	Орієнтація на повноцінне включення в життя суспільства

Принцип індивідуалізації забезпечує розробку реабілітаційної програми з урахуванням унікальних особливостей кожної особи – ступеня обмеженості, наявних ресурсів та потенціалу, життєвих характеристик, особистих цілей та преференцій (Bickenbach et al., 2012). Стандартизовані підходи, що не враховують індивідуальної специфіки, демонструють значну нижчу результативність порівняно з персоналізованими програмами.

Принцип комплексності наголошує на необхідності поєднання медичних, психологічних, соціальних, освітніх та професійних компонентів реабілітації (Wade & Halligan, 2017). Обмеження функціонування традиційно мають множинні причини та наслідки, що потребують системного впливу на іншу сферу життєдіяльності особи. Фрагментарний підхід, який адресує лише окремі аспекти проблеми, не може забезпечити стійких результатів (Engel, 1977).

Принцип безперервності означає наступне надання реабілітаційних послуг на всіх етапах відновлення без невиправданих перерв та затримок. Реабілітація починається якомога раніше після порушення обмеження і продовження стільки, що необхідно для досягнення максимально можливого рівня функціонування (Stucki et al., 2007). Перерви в реабілітаційному процесі можуть привести до втрати досягнутих результатів та демотивації клієнта.

Принцип етапності забезпечує логічну послідовність реабілітаційних заходів від простих до складних, від стабілізації стану до активного відновлення та інтеграції (Сазанова, 2020). Кожен наступний етап базується на досягненні попереднього, забезпечуючи поступове розширення можливостей особи.

Принцип партнерства утверджує активну роль клієнта як співавтора реабілітаційної програми, а не пасивного отримувача послуг (Saleebey, 2013). Реабілітація є спільним проектом фахівців та клієнтів, в якому останній має право голосу щодо визначення цілей, вибору методів та оцінювання результатів. Залучення клієнта до планування та реалізації програми створює його мотив та відповідальність за результат (Rogers, 1951).

Принцип доступності вимагає забезпечення рівного доступу до реабілітаційних послуг із проживання незалежно від місця, соціально-економічного статусу, національної належності чи інших характеристик особи (Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», 1991). Реалізація цього принципу потребує розбудови мережі реабілітаційних закладів, підготовки достатньої кількості кваліфікованих спеціалістів та фінансування послуг з державних та місцевих бюджетів.

Принцип соціальної цілеспрямованості означає орієнтацію реабілітації на кінцеву мету - повноцінне включення особи в життя суспільства (ВООЗ, 2001). Усі реабілітаційні заходи оцінюються з точки зору їхнього зовнішнього середовища в соціальну інтеграцію, а не тільки з позиції відновлення окремих функцій.

Об'єкти та суб'єкти процесу реабілітації

Структура реабілітаційного процесу забезпечує взаємодію множини учасників, які відіграють різні ролі та виділяють специфічні функції (Колішкін, 2015). Розмежування об'єктів та суб'єктів реабілітації дозволяє чіткіше налаштувати спрямованість впливу та розподіл відповідальності.

Об’єктом соціальної реабілітації є *процес відновлення соціального функціонування особи або групи осіб, які зазнали обмеження внаслідок захворювань, травм, інвалідності, кризових життєвих обставин чи несприятливих соціальних умов (Марунич та ін., 2006).* Водночас у сучасній практиці дедалі частіше виходять від терміну «об’єкт» відносно самих отримувачів послуг, визнаючи їх активними учасниками, а не пасивними реципієнтами впливу (Saleebey, 2013).

Цільові групи соціальної реабілітації є виключно різноманітними (Сазанова, 2020). До них належать особи з інвалідністю різних нозологічних груп - з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними порушеннями, інтелектуальними порушеннями, психічними розладами. Окрему категорію становлять особи, які пережили травматичний досвід - ветерани бойових дій, постраждалі від насильства, колишні в’язні, особи, які перебували в полоні чи заручниках (Шапошникова, 2024). До цільових груп також належать залежні особи, що проходять лікування від алкогольної, наркотичної чи інших видів впливу; особи похилого віку, які потребують підтримки у збереженні самостійності; діти та молодь з девіантною поведінкою; особи, звільнені з місця перебування волі.

Суб'єктами реабілітаційного процесу виступають усі учасники, які розглядають цілеспрямовану діяльність з відновлення соціального функціонування (Колішкін, 2015). Насамперед це сама особа, яка проходить реабілітацію, - її мотивація, зусилля та активна участь є визначальними факторами успіху. Сім'я та найближче оточення також є меншими суб'єктами, які забезпечують емоційну підтримку, сприяють у повному житті та сприятливе середовище для відновлення (Bronfenbrenner, 1979).

Таблиця 1.5

Суб'єкти реабілітаційного процесу

Рівень	Суб'єкти	Функції
Індивідуальний	Клієнт, сім'я	Мотивація, активна участь, підтримка
Професійний	Соціальні працівники, реабілітологи, психологи, ерготерапевти	Діагностика, планування, надання послуг, супровід
Інституційний	Реабілітаційні центри, ТЦСО, ЦНаСП, заклади освіти	Організація та надання комплексу послуг
Державний	Органи влади, міністерства	Формування політики, фінансування, контроль

Професійні суб'єкти реабілітації включають широкий спектр фахівців (Stucki et al., 2007).

Соціальні працівники координують реабілітаційний процес, використовують соціальну діагностику, організовують надання послуг та розміщують соціальний супровід.

Реабілітологи забезпечують фізичну реабілітацію та відновлення рухових функцій. Психологи працюють над психологічною адаптацією та подоланням емоційних наслідків травм (Ларіна, 2018).

Ерготерапевти допомагають у відновленні навичок самообслуговування та повсюдної діяльності. Логопеди, дефектологи, спеціальні педагоги працюють з особами, які мають порушення мовлення та інтелектуального розвитку.

Інституційними суб'єктами реабілітації є реабілітаційні центри, територіальні центри соціального обслуговування, центри надання соціальних послуг, заклади охорони здоров'я, освітні заклади, центри зайнятості, громадські організації (Закон України «Про соціальні послуги», 2019). На макрорівні суб'єкти виступають органи державної влади та місцевого самоврядування, які формують політику у сфері реабілітації та забезпечують її ресурсами.

Етапи реабілітаційного процесу

Реабілітаційний процес має чітку структуру, що включає наступні етапи, кожен з яких виконує конкретні завдання та застосовує відповідні методи. Хоча конкретний зміст етапів змінюється залежно від категорії клієнтів та типу обмежень, загальна логіка процесу залишається спільною (Марунич та ін., 2006; Bickenbach та ін., 2012). Кожен етап виконує специфічні завдання та застосовує відповідні методи.

1. ДІАГНОСТИКА	2. ПЛАНУВАННЯ	3. РЕАЛІЗАЦІЯ	4. ОЦІНЮВАННЯ	5. СУПРОВІД
Комплексне обстеження Визначення потреб Оцінка потенціалу	Визначення цілей Розробка ІПР Залучення клієнта	Надання послуг Моніторинг Коригування	Аналіз досягнень Порівняння з цілями Рішення	Закріплення результатів Підтримка інтеграції Консультування

Рис. 1.3 Етапи реабілітаційного процесу

Етап діагностики та оцінювання відправляється точкою реабілітаційного процесу. На цьому етапі розроблено комплексне забезпечення особи з визначенням характеру та ступеня обмеження функціонування, наявних ресурсів та потенціалу відновлення, потреби та очікування клієнта (ВООЗ, 2001). Діагностика охоплює медичні, психологічні та соціальні компоненти. Оцінювання цієї мультидисциплінарної команди з використанням стандартизованих інструментів та методик. Результатом етапу є формування клісової картини ситуації клієнта та визначення реабілітаційного потенціалу (Stucki et al., 2007).

Етап планування розробки індивідуальної програми реабілітації на основі результатів діагностики. Програма включає формулювання цілей реабілітації – як довгострокових, таких і проміжних; визначення конкретних завдань та заходів; визначення відповідних виконавців; встановлення термінів реалізації; визначення критеріїв оцінювання результатів (Bickenbach et al., 2012). Планування створення для активної участі клієнта та, за можливості,

членів його сім'ї. Програма затверджується всіма учасниками процесу та стає робочим документом, який спрямовує на подальшу діяльність.

Етап реалізації є центральним у реабілітаційному та процес охоплює безпосереднє надання реабілітаційних послуг відповідно до затвердженої програми. Залежно від потреб клієнта реалізація може включати медичну реабілітацію (фізіотерапію, кінезіотерапію, медикаментозну підтримку), психологічну реабілітацію (психотерапію, психологічне консультування, тренінги), соціальну реабілітацію (навчання навичкам самообслуговування, соціально-побутову адаптацію, соціально-середовищну орієнтацію), професійну реабілітацію. (профорієнтацію, професійне навчання, працевлаштування) (Сазанова, 2020). На цьому етапі випуску є регулярний моніторинг прогресу та тимчасове коригування програми у разі потреби.

Етап оцінювання результатів передбачає систематичний аналіз досягнення реабілітаційного процесу у співставленні із запланованими цілями. Оцінювання розробки за допомогою об’єктивних вимірювань функціональних показників, стандартизованих шкал та опитувань дослідника, а також через врахування суб’єктивної оцінки клієнта власного стану та якості життя (WHO, 2001). За результатами оцінювання приймаються рішення про завершення програми, її продовження чи модифікацію.

Етап підтримки та супроводу настає після завершення активної фази реабілітації і спрямований на закріплення досягнутих результатів та запобігання регресу (Марунич та ін., 2006). На цьому етапі клієнт продовжує підтримувати зв'язок з реабілітаційними службами, отримуючи консультації, тимчасові обстеження та за потреби додаткові послуги. Особливо важливо є супровід у процесі соціальної інтеграції – підтримка при працевлаштуванні, налагодженні соціальних контактів, адаптації до нових життєвих умов.

Модель МКФ у реабілітації

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ), обмеження життєдіяльності та здоров'я, прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 2001 році, стала концептуальною основою сучасного розуміння реабілітації (ВООЗ, 2001).

СТАН ЗДОРОВ'Я (розлад або захворювання)		
ФУНКЦІЇ ТА СТРУКТУРИ ОРГАНІЗМУ *(Порушення)*	**АКТИВНІСТЬ** *(Обмеження активності)*	**УЧАСТЬ** *(Обмеження участі)*
ФАКТОРИ СЕРЕДОВИЩА Фізичне, соціальне, ставленнєве оточення	**ОСОБИСТІСНІ ФАКТОРИ** Вік, стать, освіта, професія, досвід	

Рис. 1.4 Структура Міжнародної класифікації функціонування (МКФ)

Ця класифікація запропонувала принципово новий підхід до оцінки стану здоров'я та потреби особи, що виходить за межі традиційного медичного діагнозу (Мартинюк & Назар, 2015).

МКФ обґрунтовується на біопсихосоціальних моделях та інтегрує медичну та соціальну перспективи інвалідності (Wade & Halligan, 2017). Медична модель розглядала інвалідність як індивідуальну проблему, спричинену захворюванням чи травмою, що потребує медичного втручання. Соціальна модель, навпаки, вбачала причину інвалідності в соціальних бар'єрах та дискримінаційному ставленні суспільства. МКФ по причині обидва підходи, визнаючи роль як індивідуальних (біологічних та психологічних) факторів, так і контекстуальних (середовищних та особистісних) чинників (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

Структура МКФ охоплює декілька компонентів (ВООЗ, 2001). Функції причин - це фізіологічні функції системи причин, включаючи психічні функції. Структури компонентів - це анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їхні компоненти. Активність - це виконання особливої задачі або дії. Участь - це залученість особи до життєвих ситуацій. Крім того, МКФ враховує фактори середовища (фізичне, соціальне, ставленнєве оточування) та особистісні фактори (вік, стать, освіта, професія, життєвий досвід).

Відповідно до МКФ, обмеження функціонування можуть проявлятися на різних рівнях (Stucki et al., 2007). Порушення (impairments) - це проблеми у функціях або структурах хвороб, такі як значне відхилення або втрати. Обмеження активності (activity limitations) - це труднощі, які особа може мати

при виконанні діяльності. Обмеження участі (participation restrictions) - це проблеми, які особа може мати при залученні до життєвих ситуацій. Наприклад, особа після інсульту може мати порушення рухових функцій (рівень порушення), труднощі при ходьбі (рівень активності) та неможливість працювати за попередньою професією (рівень участі).

Таблиця 1.6

Компоненти МКФ та рівні обмежень

Компонент	Визначення	Приклад
Функції організму	Фізіологічні функції систем організму	Рухові функції, зір, слух, пам'ять
Структури організму	Анатомічні частини тіла	Органи, кінцівки, їх компоненти
Активність	Виконання завдань або дій	Ходьба, одягання, спілкування
Участь	Залученість до життєвих ситуацій	Робота, освіта, соціальне життя
Порушення	Проблеми функцій/структур організму	Параліч, втрата зору
Обмеження активності	Труднощі при виконанні діяльності	Неможливість самостійно ходити
Обмеження участі	Проблеми залучення до ситуацій	Неможливість працювати

Застосування МКФ у реабілітації дозволяє забезпечити всебічне оцінювання ситуації клієнта, що виходить за межі медичного діагнозу (Bickenbach et al., 2012). Оцінка за МКФ виявляє не лише обмеження, але й збережені функції та ресурси особи, а також бар’єри та фасилітатори в середовищі. На основі такого оцінювання формуються реабілітаційні цілі, що адресують різні рівні функціонування – від відновлення функцій, необхідних для забезпечення повноцінної участі в суспільному житті.

Модель МКФ також забезпечує спільну мову для всіх учасників реабілітаційного процесу (Stucki et al., 2007). Стандартизована термінологія полегшує комунікацію між фахівцями різних профілів, обмін інформацією між закладами та порівняння результатів реабілітації. Україна поступово впроваджує МКФ у практику медико-соціальної експертизи та реабілітації (Розпорядження КМУ від 27.12.2017 № 1008-р; Національний класифікатор НК 030 :2022), що сприяє гармонізації національних підходів з міжнародними стандартами.

Важливим поза МКФ є зміна фокусу з інвалідністю як характеристики особи на функціонування як результат взаємодії між особою та її середовищем (WHO, 2001; Мартинюк & Назар, 2015). Це означає, що вдосконалення функціонування може досягатися не тільки через вплив на особу, але й через модифікацію середовища - усунення їх бар'єрів, забезпечення технічними засобами реабілітації, адаптацію робочого місця, зміну ставлення архітектурних споруд. Така перспектива розширює арсенал реабілітаційних стратегій та підкреслює відповідальність суспільства за створення інклюзивного середовища.

1.3. Методологія наукових досліджень у соціальній роботі

Методологія наукових досліджень у соціальній роботі представляє собою систему принципів, підходів та методів, які забезпечують отримання достовірного знання про соціальні явища та процеси (Rubin & Babbie, 2017). Специфіка досліджень у соціальній роботі відбувається в тому, що об’єктом вивчення виступає вся система взаємозв’язків людини та навколишнього середовища, що вимагає інтеграції знань із суміжних дисциплін - соціології, психології, педагогіки, права та економіки (Grinnell & Unrau, 2018).

Становлення методології дослідження в соціальній роботі відбувається паралельно з розвитком самої професії. Якщо на початку XX століття соціальна робота запозичувала дослідницькі методи переважно з соціології та психології, то на початку століття сформувався самостійний методологічний апарат, адаптований до конкретних завдань професії (Thyer, 2001).

Сучасна соціальна робота розробляє власні дослідницькі підходи та знання, прагнучи забезпечити науково обґрунтовану базу для розвитку теорії та практики (Семигіна, 2020).

Фундаментальними методологічними принципами дослідження в соціальній роботі є: *принцип об'єктивності, що передбачає неперевершене вивчення явищ та незалежність від суб'єктивних оцінок дослідника; принцип системності, який вимагає розгляду об'єкта як цільової системи взаємопов'язаних елементів; принцип детермінізму, що визнає причинно-наслідкові зв'язки між соціальними явищами; принцип історизму, який акцентує увагу на вивчених явищах у їх розвитку та історичному контексті* (Creswell & Creswell, 2018).

Таблиця 1.7

Методологічні принципи наукових досліджень

Принцип	Зміст
Об'єктивність	Неупереджене вивчення явищ, незалежність від суб'єктивних оцінок дослідника
Системність	Розгляд об'єкта як цілісної системи взаємопов'язаних елементів
Детермінізм	Визнання причинно-наслідкових зв'язків між соціальними явищами
Історизм	Вивчення явищ у їх розвитку та історичному контексті
Верифікація	Перевірюваність наукових тверджень емпіричними даними
Етичність	Дотримання етичних норм у процесі дослідження
Практична спрямованість	Орієнтація на вирішення реальних соціальних проблем

Особливого значення для соціальної роботи набуває принцип практичної спрямованості досліджень. На основі фундаментальних наук дослідження в соціальній роботі орієнтовані на оцінку потреб та ресурсів людей у їхньому середовищі, забезпечення інформації для розробки та впровадження соціальних програм, а також оцінку ефективності соціальних інтервенцій (Drake & Jonson-Reid, 2007). Завдяки дослідженням соціальні працівники можуть стати

компетентними учасниками політичного процесу, обґрунтовано критикувати чинну політику та надавати аргументовану підтримку альтернативним рішенням.

У науковій літературі виділяють три основні парадигми в дослідженнях соціальної роботи: позитивістську, інтерпретативну та критичну (Семигіна, 2020; Padgett, 2017).

Таблиця 1.8

Парадигми досліджень у соціальній роботі

Парадигма	Характеристика	Методи
Позитивістська	Об'єктивне вимірювання, перевірка гіпотез, статистичний аналіз	Кількісні методи: опитування, експеримент, статистика
Інтерпретативна	Розуміння суб'єктивних смислів, контекстуальний аналіз	Якісні методи: інтерв'ю, спостереження, аналіз наративів
Критична	Виявлення нерівностей, трансформація соціальної реальності	Партисипативні дослідження, дослідження в дії

Позитивістська парадигма обґрунтовується на припущенні про створення об’єктивної реальності, яку можна виміряти та описати за допомогою кількох методів. Інтерпретативна парадигма акцентує увагу на суб'єктивних змістах та розумінні соціальної реальності з позиції її учасників. Критична парадигма спрямована на трансформацію та трансформацію владних відносин та нерівностей у суспільстві. Ці парадигми не тільки різною методологією, а й залученням різних учасників процесу дослідження до побудови знань, що є принципово успішним для діяльнісного і розвивального характеру соціальної роботи.

Якісні та кількакісні методи дослідження

Сучасна методологія соціальної роботи використовує як кілька, так і якісні методи дослідження, а також їх поєднання у змішаних дизайнах (Creswell & Creswell, 2018). Вибір методу залежить від мети дослідження, характеру досліджуваного явища та наявних ресурсів.

Розуміння особливостей кожного підходу є необхідною компетенцією сучасного соціального працівника-дослідника (Rubin & Babbie, 2017).

Кількісні методи дослідження обґрунтовуються на позитивістській традиції та спрямовані на вимірювання соціальних явищ, перевірку гіпотез та виявлення статистичних закономірностей (Grinnell & Unrau, 2018).

До основних кількох методів належать: соціологічне опитування (анкетування та інтерв'ю зі стандартизованим інструментарієм), експеримент (включаючи рандомізовані контрольовані тестування), тестування (використання стандартизованих психодіагностичних методик), аналіз вторинних даних (статистична звітність, бази даних).

Перевагами кількох методів є можливість узагальнення результатів на більшу популяцію, об'єктивність вимірювання, відтворюваність дослідження та можливість причинно-наслідкових зв'язків в експериментальних проектах.

Якісні методи дослідження базуються на інтерпретативній традиції та спрямовані на глибоке розуміння суб'єктивних змістів, досвіду та контексту соціальних явищ (Padgett, 2017).

До основних якісних методів належать: глибинне інтерв’ю (напівструктурування або неструктурування), фокус-група (групове обговорення визначеної теми), спостереження (включене та невключене), аналіз документів та наративів, кейс-стаді (поглиблене вивчення окремого випадку). Якісні методи дозволяють дослідити складні, багатовимірні явища, врахувати контекст та отримати нове, неочікуване знання. Вони особливі ціни для вивчення різних груп населення, дестандартизовані інструменти можуть бути неадекватними.

Таблиця 1.9

Порівняння кількісних та якісних методів дослідження

Критерій	Кількісні методи	Якісні методи
Мета	Вимірювання, перевірка гіпотез	Розуміння, інтерпретація смислів
Дані	Числові, статистичні	Текстові, наративні
Вибірка	Велика, репрезентативна	Мала, цілеспрямована
Аналіз	Статистичний	Тематичний, контент-аналіз
Результат	Узагальнення, закономірності	Глибоке розуміння, теорії
Інструменти	Анкети, тести, шкали	Інтерв'ю, спостереження, фокус-групи

Змішані методи (mixed methods) являють собою інтеграцію кілкісних та якісних підходів в одному дослідженні (Creswell & Plano Clark, 2018). Методологія змішаних методів набула значного поширення в соціальній роботі, не дозволяючи поєднати переваги обох підходів та компенсувати їх обмеження (Chaumba, 2013). Існують різні дизайни змішаних досліджень: конвергентний паралельний дизайн (одночасний збір кількакісних та якісних даних з подальшою інтеграцією), пояснювальний послідовний дизайн (кількісні дані пояснюються якісними), розвідувальний послідовний дизайн (яка фаза передує кількісній). Вибір конкретного дизайну залежить від дослідницьких питань та практичних можливостей (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

КІЛЬКІСНІ МЕТОДИ	ЯКІСНІ МЕТОДИ
– Анкетування – Експеримент – Тестування – Статистичний аналіз – • Кореляційний аналіз	– Глибинне інтерв'ю – Фокус-група – Спостереження – Аналіз документів – Кейс-стаді

Рис. 1.5 Класифікація методів дослідження у соціальній роботі

Для соціальної роботи особливого значення набувають партисипативні дослідження (participatory action research), які передбачають активне залучення клієнтів та громаду до всіх етапів дослідницького процесу – від формулювання проблеми до впровадження результатів (Mertens, 2003). Такий підхід узгоджується з цінностями соціальної роботи щодо емпаверменту та самовизначення клієнтів. Партисипативні дослідження сприяють не тільки отриманню релевантного знання, а й трансформації соціальної реальності та розвитку сприятливості громади.

Етичні аспекти досліджень у соціальній сфері

Дослідження в соціальній роботі пов'язані з вивченням різних груп населення, що зумовлює особливу увагу до етичних аспектів (Reamer, 2001). Етичні принципи застосовуються до всіх контекстів практики соціальної роботи, освіти та досліджень.

Міжнародна федерація соціальних працівників (IFSW) та національні професійні асоціації розробили етичні стандарти, що регулюють дослідницьку діяльність (Global Statement of Ethical Principles in Social Work, 2018; NASW Code of Ethics, 2021).

Центральним етичним принципом є інформована згода (informed consent), що забезпечує добровільну участь респондентів на основі повної інформації про метод, процедури, можливі ризики та переваги дослідження (Rubin & Babbie, 2017). Учасники мають отримати зрозумілу інформацію про характер дослідження, тривалість участі, способи використання даних, а також про право відмовитися від участі на будь-якому етапі без будь-яких негативних наслідків.

Особливі вимоги щодо отримання згоди від осіб з обмеженою дієздатністю, дітей та інших вразливих категорій, де можна вимагати згоди законних представників (Faden & Beauchamp, 1986).

Принцип захисту конфіденційності вимагає персональних даних учасників дослідження (Israel & Hay, 2006). Дослідник зобов’язаний забезпечити анонімність респондентів при публікації результатів, безпечне збереження первинних даних та обмежений доступ до ідентифікованої інформації. У контексті цифровізації досліджень особливої уваги потребують питання захисту даних при онлайн-опитуваннях, використання соціальних мереж як джерела інформації та зберігання електронних баз даних.

Принцип уникнення шкоди (nonmaleficence) забезпечує мінімізацію ризиків фізичної, психологічної чи соціальної шкоди для учасників (National

Commission for the Protection of Human Subjects, 1979). Дослідник має остаточно оцінити негативні ризики та вжити заходів для їх мінімізації. Це особливо важливо при вивченні травматичного досвіду, де саме інтерв'ю може спровокувати ретравматизацію. У таких випадках необхідно передбачити механізми психологічної підтримки учасників.

Таблиця 1.10

Етичні принципи досліджень у соціальній роботі

Принцип	Зміст та реалізація
Інформована згода	Добровільна участь на основі повної інформації про мету, процедури та ризики дослідження
Конфіденційність	Захист персональних даних учасників, анонімізація інформації
Уникнення шкоди	Мінімізація ризиків фізичної, психологічної чи соціальної шкоди
Право на відмову	Можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі
Справедливість	Рівне ставлення до всіх учасників, уникнення дискримінації
Доброчесність	Чесність у представленні результатів, уникнення плагіату
Соціальна користь	Спрямованість дослідження на благо суспільства та клієнтів

Дослідження за участю вразливих популяцій потребує особливої уваги до етичних аспектів (CSWE National Statement on Research Integrity, 2021). Хоча захист вразливих груп є пріоритетом, повне виключення їх із досліджень також є проблематичним, остаточно позбавляє цю групу голосу та можливості впливати на політику та практику. Дослідники мають баланс між захистом учасників та забезпечення їхньої репрезентації в науковому знанні.

Інституційний контроль за дотриманням етичних стандартів створюється через етичні комісії (Institutional Review Boards, IRB), які здійснюють

експертизу дослідницьких проектів до початку збору даних (Reamer, 2005). В Україні функції етичної експертизи забезпечують етичні комісії університетів та науково-дослідних установ. Експертиза оцінює перевірку ризиків та переваг, адекватності процедури створення згоди, механізмів захисту конфіденційності та інших етичних аспектів.

Планування та організація дослідження

Планування наукового дослідження в соціальній роботі відбувається після виконання низки етапів, кожен з яких має особливі завдання та результати (Grinnell & Unrau, 2018). Якісне планування є передумовою успішності дослідження та достовірності його результатів.

Розробка програми дослідження дозволяє систематизувати дослідницький процес та забезпечити логічну послідовність його етапів (Rubin & Babbie, 2017).

ЕТАПИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
1. Визначення проблеми дослідження → формулювання актуальності, мети, завдань
2. Огляд літератури → аналіз попередніх досліджень, теоретична база
3. Формулювання гіпотез → операціоналізація понять, визначення змінних
4. Розробка дизайну → вибір методів, інструментів, формування вибірки
5. Збір даних → проведення опитувань, інтерв'ю, спостережень
6. Аналіз даних → статистична обробка, якісний аналіз, інтерпретація
7. Презентація результатів → підготовка звіту, публікація, впровадження

Рис. 1.6 Етапи наукового дослідження у соціальній роботі

Першим етапом є визначення проблеми дослідження. Дослідницька проблема має бути актуальною для теорії та практики соціальної роботи, достатньою конкретно для емпіричного вивчення та етично прийнятою. На цьому етапі формули є мета та завдання дослідження, починаються дослідницькі питання або гіпотези. У кількох дослідженнях гіпотези формулюються у вигляді тверджень про зв'язки між змінами, які можна

перевірити емпірично. У якісних дослідженнях замість гіпотез є формула відкритих дослідницьких питань.

Огляд літератури є критичним етапом, який дозволяє застосувати стан наукового знання з досліджуваної проблеми, виявити прогалини в існуючих дослідженнях та обґрунтувати необхідність нового дослідження (Creswell & Creswell, 2018). Систематичний огляд літератури передбачає пошук релевантних публікацій у наукових базах даних, критичний аналіз методології та результатів попередніх досліджень, синтез наявного знання. Для соціальної роботи особливо робиться звернення до бази даних Campbell Collaboration та Cochrane Library, що створює систематичні огляди ефективності соціальних інтервенцій.

Розробка дизайну дослідження забезпечує вибір загальної стратегії (кількісна, якісна, змішана), конкретного дослідницького дизайну (експеримент, опитування, кейс-стаді тощо), методів збору та аналізу даних (Drake & Jonson-Reid, 2007). Важливим елементом є операціоналізація понять – визначення способів емпіричного вимірювання теоретичних конструкцій. Наприклад, поняття «якість життя» може операціоналізуватися через стандартизовані шкали (SF-36, WHOQOL-BREF) або через якісні індикатори, визначені самими респондентами.

Формування вибору є ключовим елементом дизайну, що забезпечує можливість узагальнення результатів (Rubin & Babbie, 2017). У кількох дослідженнях застосовуються імовірні вибори (проста випадкова, стратифікована, кластерна), які дозволяють збільшити результати на остаточну сукупність. У якісних дослідженнях використовуються цілеспрямовані вибірки (типові випадки, екстремальні випадки, максимальна варіація), де критерій доступності є теоретичне визначення – момент, коли нові дані перестають приносити нову інформацію.

Збір даних створюється відповідно до розробленого плану та вибраних методів. Для забезпечення якості даних виробництва є підготовка дослідників (тренінги з проведення інтерв'ю, спостереження), пілотування інструментарію, ведення польових нотаток та рефлексивного щоденника. У кількох дослідженнях контролюється повнота заповнення анкети та відсоток відмов. У якісних дослідженнях робиться досягнення звіту з респондентами та забезпечення глибини інтерв'ю.

Інтерпретація та презентація результатів досліджень

Інтерпретація результатів дослідження забезпечує пояснення отриманих даних у світових теоретичних концепціях, попередніх дослідженнях та практичному контексті (Creswell & Creswell, 2018).

Важливим є зв'язок результатів з поставленими дослідницькими питаннями та гіпотезами, а також обговорення можливих альтернативних пояснень отриманих даних.

Аналіз кількох даних використовує використання статистичних методів - описової статистики (середні, частоти, розподіли), аналітичної статистики (кореляційний, регресійний, факторний аналіз, групове порівняння) та інферентної статистики для перевірки гіпотез (Rubin & Babbie, 2017).

Сучасні дослідники виконують спеціалізоване програмне забезпечення - SPSS, Stata, R - для обробки та візуалізації даних. При інтерпретації важливо розрізняти статистичну та практичну значущість результатів: статистично значущий зв'язок може мати незначний практичний ефект.

Аналіз якісних даних є ітеративним процесом, який передбачає кодування, категоризацію та концептуалізацію текстових даних (Padgett, 2017).

Основними підходами є тематичний аналіз (виявлення повторюваних тем у даних), контент-аналіз (систематичне кодування змісту), наративний аналіз (вивчення структури та змісту історії), обґрунтована теорія (індуктивна побудова теорії на основі даних).

Для підвищення надійності якісного аналізу застосовуються стратегії тріангуляції (використання декількох методів, дослідників, джерел даних), перевірки учасниками (member checking) та ведення аудиторського сліду.

Презентація результатів є завершальним, але останнім етапом дослідницького процесу, що забезпечує отримання отриманого знання та його використання для вдосконалення практики (Grinnell & Unrau, 2018).

Форма презентації має відповідати цільовій аудиторії та меті поширення. Наукові статті в рецензованих журналах є основним каналом комунікації в академічній спільноті. Вони мають стандартну структуру (вступ, методи, результати, вимоги) та щодо цитування.

Таблиця 1.11

Форми презентації результатів досліджень

Форма	Аудиторія	Особливості
Наукова стаття	Академічна спільнота	Структурований формат, рецензування, цитування
Монографія	Науковці, фахівці	Глибокий аналіз, комплексне дослідження
Практичний звіт	Практики, організації	Рекомендації, практичне застосування
Політичний бриф	Політики, управлінці	Стислість, конкретні рекомендації
Інфографіка	Широка громадськість	Візуалізація, доступність
Конференційна доповідь	Фахова спільнота	Обговорення, зворотний зв'язок

Для практиків соціальної роботи та менеджерів соціальних служб більш доцільними можуть бути практичні звіти, які акцентують увагу на рекомендаціях та можливостях застосування результатів. Політичні брифи (policy briefs) призначені для осіб, які приймають рішення, та мають бути стислими, чітко структурованими та надрукувати конкретні рекомендації щодо політичних рішень. Для широкої громадськості результати можуть презентуватися через інфографіку, прес-релізи, публікації в медіа.

Важливим аспектом презентації результатів є дотримання принципів академічної доброчесності (CSWE National Statement on Research Integrity, 2021). Дослідник зобов'язаний точно представляти результати без фальсифікації чи фабрикації даних, належним чином цитувати джерела, розкривати конфлікти інтересів та обмеження дослідження. Відкритий доступ до даних та дослідження матеріалів стає все більш розширеною практикою, що сприяє відтворюваності та верифікації наукових результатів.

Впровадження результатів досліджень у практику соціальної роботи є кінцевою платою прикладних досліджень (Рубін, 2007).

Концепція доказової практики (evidence-based practice) передбачає систематичне використання найкращих наявних доказів при прийнятті рішень щодо інтервенцій. Однак трансляція дослідницького знання в практику є складним процесом, що вимагає співпраці дослідників та практиків, адаптації інтервенцій до локального контексту та подолання організаційних бар'єрів.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 1.1. Парадигми сучасної соціальної роботи в Україні та світі

1. Які основні етапи розвитку соціальної роботи як професійної діяльності можна виділити?
2. У чому полягає сутність гуманістичної парадигми соціальної роботи та її значення для взаємодії з клієнтом?
3. Що передбачає принцип самовизначення у соціальній роботі?
4. У чому полягає зміст біопсихосоціальної моделі та які її основні компоненти?
5. Як біопсихосоціальна модель впливає на підходи до оцінювання та допомоги клієнту?
6. Які основні рівні середовища виділяє екологічна модель У. Бронфенбреннера?
7. У чому полягають особливості української моделі соціальної роботи в умовах воєнного часу?
8. Яку роль відіграє травма-інформований підхід у сучасній соціальній роботі?

До теми 1.2. Концептуальні засади соціальної реабілітації

1. У чому полягає сучасне розуміння соціальної реабілітації та як воно відрізняється від традиційного медичного підходу?
2. Які основні види реабілітації виділяються у міждисциплінарному підході та чим вони відрізняються?
3. Які принципи соціальної реабілітації визначають її ефективність та у чому полягає їх зміст?
4. Чому принцип індивідуалізації є ключовим у реабілітаційному процесі?

5. У чому полягає роль клієнта як суб’єкта реабілітаційного процесу?
6. Які основні етапи включає реабілітаційний процес та яка їх послідовність?
7. Яке значення має етап діагностики у соціальній реабілітації?
8. У чому полягає сутність моделі МКФ та які її основні компоненти?
9. Які рівні обмежень функціонування виділяються у МКФ?
10. Як застосування МКФ впливає на організацію реабілітаційного процесу та оцінювання потреб клієнта?
11. Які особливості роботи з різними цільовими групами у соціальній реабілітації?
12. Яку роль відіграє міждисциплінарна команда у забезпеченні ефективності реабілітації?

До теми 1.3. Методологія наукових досліджень у соціальній роботі

1. У чому полягає сутність методології наукових досліджень у соціальній роботі?
2. Які особливості об’єкта дослідження у соціальній роботі та чому він потребує міждисциплінарного підходу?
3. Які основні методологічні принципи досліджень у соціальній роботі та у чому полягає їх зміст?
4. Які характеристики мають позитивістська, інтерпретативна та критична парадигми досліджень?
5. У чому полягають відмінності між кількісними та якісними методами дослідження?
6. Які переваги та обмеження мають кількісні та якісні підходи у соціальній роботі?
7. Що таке змішані методи (mixed methods) і в яких випадках їх доцільно застосовувати?
8. Які етичні принципи є ключовими при проведенні досліджень у соціальній сфері?
9. Які основні етапи наукового дослідження у соціальній роботі та яка їх послідовність?
10. Яким чином результати наукових досліджень можуть бути впроваджені у практику соціальної роботи?

11. У чому полягає значення партисипативних досліджень для розвитку соціальної роботи?

12. Які ризики та етичні виклики виникають при дослідженні вразливих груп населення?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Аналіз парадигм соціальної роботи

Проаналізуйте конкретну ситуацію клієнта соціальної служби з позицій трьох різних парадигм: гуманістичної, біопсихосоціальної та екологічної. Визначте, які аспекти ситуації висвітлює кожна парадигма та які інтервенції вона пропонує.

Завдання 2. Розробка індивідуальної програми реабілітації

На основі запропонованого кейсу (особа з інвалідністю / ветеран / ВПО) розробіть індивідуальну програму реабілітації, що включає: діагностику потреб, формулювання цілей, визначення заходів та відповідальних, критерії оцінювання результатів.

Завдання 3. Застосування МКФ

Використовуючи структуру МКФ, проведіть оцінювання функціонування особи з обмеженнями здоров'я. Визначте порушення функцій та структур організму, обмеження активності та участі, а також фактори середовища (бар'єри та фасилітатори).

Завдання 4. Розробка програми дослідження

Розробіть програму емпіричного дослідження на одну з тем: «Потреби ВПО у соціальних послугах», «Ефективність реабілітаційних програм для ветеранів», «Якість життя осіб з інвалідністю». Програма має включати: обґрунтування актуальності, мету та завдання, методи збору та аналізу даних.

Завдання 5. Етична експертиза дослідження

Проведіть етичну експертизу запропонованого дослідницького проєкту. Визначте потенційні етичні ризики та запропонуйте заходи щодо їх мінімізації. Розробіть форму інформованої згоди для учасників.

Завдання 6. Порівняльний аналіз методів

Для дослідження проблеми соціальної ізоляції людей похилого віку запропонуйте два альтернативні дизайни: кількісний та якісний. Порівняйте їх переваги та обмеження для вивчення даної проблеми.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ:

1. Чи існує єдина «найкраща» парадигма соціальної роботи, чи різні підходи мають застосовуватися залежно від контексту?
2. Як війна змінила пріоритети та методи соціальної роботи в Україні? Які нові виклики постали перед професією?
3. Медична vs соціальна модель інвалідності: які практичні наслідки має прийняття кожної з моделей?
4. Роль сім'ї та громади в реабілітаційному процесі: партнери чи об'єкти впливу?
5. Чи повинні клієнти соціальної роботи бути співдослідниками? Можливості та обмеження партисипативних досліджень.
6. Етичні дилеми дослідження вразливих груп: як забезпечити баланс між науковою цінністю та захистом учасників?
7. Доказова практика у соціальній роботі: можливості та обмеження застосування в українському контексті.
8. Цифровізація соціальних послуг та досліджень: нові можливості чи нові бар'єри для клієнтів?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Семигіна Т. В. Сучасна соціальна робота. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 275 с.
2. Семигіна Т. В. Вступ до соціальної роботи : навч. посібник. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2005. 304 с.
3. Дослідження у соціальній роботі: Антологія / упор. Т. Семигіна. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 180 с.

4. Капська А. Й. Соціальна робота : навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.

5. Технології соціальної роботи : навч. посібник / за ред. А. Й. Капської. Київ : ЦНЛ, 2007. 372 с.

6. Колишкін О. В. Соціальна реабілітація як важлива галузь соціалізації. Суми : СумДПУ, 2015. 180 с.

7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи / за ред. Л. Гребінь. Київ : ОБСЄ, 2018. 240 с.

8. Марунич В. В. та ін. Методичний посібник із питань реабілітації інвалідів. Київ : ІПК ДСЗУ, 2006. 156 с.

Додаткова література

1. Payne M. Modern Social Work Theory. 4th ed. London : Palgrave Macmillan, 2014. 440 p.

2. Turner F. J. (Ed.). Social Work Treatment. 6th ed. Oxford : Oxford University Press, 2017. 700 p.

3. Grinnell R. M., Unrau Y. A. Social Work Research and Evaluation. 11th ed. Oxford : Oxford UP, 2018. 576 p.

4. Rubin A., Babbie E. Research Methods for Social Work. 9th ed. Boston : Cengage, 2017. 768 p.

5. Engel G. L. The need for a new medical model. Science. 1977. Vol. 196. P. 129–136.

6. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge : Harvard UP, 1979. 330 p.

7. World Health Organization. International Classification of Functioning (ICF). Geneva : WHO, 2001. 299 p.

8. Wade D. T., Halligan P. W. The biopsychosocial model of illness. Clin Rehabil. 2017. Vol. 31. P. 995–1004.

Нормативно-правові акти

1. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII.

2. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX.

3. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21.03.1991 № 875-XII.

4. Національний класифікатор функціонування НК 030:2022. Київ : МОЗ України, 2022.

Інтернет-ресурси

1. Міжнародна федерація соціальних працівників (IFSW): https://www.ifsw.org
2. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO): https://www.who.int
3. Міністерство соціальної політики України: https://www.msp.gov.ua
4. Міністерство охорони здоров'я України: https://moz.gov.ua

РОЗДІЛ 2.
СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА УПРАВЛІННЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

2.1. Соціальна політика України в умовах євроінтеграції

Сутність та стратегічні орієнтири соціальної політики в контексті євроінтеграції

Європейська інтеграція є стратегічним курсом розвитку Української держави, закріпленим на конституційному рівні. У 2019 році Верховна Рада України внесла зміни до Конституції, зафіксувавши у Преамбулі «європейську ідентичність Українського народу і незворотність європейського та євроатлантичного курсу України». Цей стратегічний вибір безпосередньо впливає на всі сфери суспільного життя, зокрема на формування та реалізацію соціальної політики.

Соціальна політика – це система цілеспрямованих дій держави, спрямованих на забезпечення соціального захисту населення, задоволення його основних життєвих потреб, підтримання соціальної стабільності та справедливості, створення умов для людського розвитку та реалізації соціальних прав громадян. В умовах євроінтеграції соціальна політика набуває нового змісту, пов’язаного з наближенням національних соціальних стандартів до європейських, гармонізацією законодавства та впровадженням найкращих практик.

Євроінтеграційний курс передбачає не механічне копіювання європейських моделей, а творчу адаптацію досвіду з урахуванням національних особливостей, історичних традицій, економічних можливостей та соціокультурного контексту. Ключовими орієнтирами виступають: повага до прав людини та гідності; соціальна справедливість і рівність можливостей; солідарність та взаємна відповідальність; активне залучення громадян до формування соціальної політики; децентралізація та субсидіарність у наданні соціальних послуг.

Нормативно-правові засади соціальної політики в контексті євроінтеграції

Правову основу євроінтеграційної трансформації соціальної політики становить низка документів. **Конституція України** (1996) закріплює

соціальний характер держави та гарантує право на соціальний захист (ст. 46), охорону здоров'я (ст. 49), достатній життєвий рівень (ст. 48), працю (ст. 43), освіту (ст. 53).

Таблиця 2.1.

Етапи євроінтеграції України та їх вплив на соціальну політику

Рік	Подія / Документ	Значення для соціальної політики
1994	Угода про партнерство та співробітництво між Україною та ЄС	Початок діалогу щодо наближення соціального законодавства до стандартів ЄС
2004	Європейська політика сусідства, План дій Україна – ЄС	Визначення пріоритетів реформ у сфері зайнятості, соціального захисту, охорони праці
2006	Ратифікація Європейської соціальної хартії (переглянутої)	Прийняття зобов'язань щодо дотримання європейських соціальних стандартів (набула чинності 01.02.2007)
2014	Підписання та ратифікація Угоди про асоціацію з ЄС	Системні зобов'язання щодо гармонізації соціального законодавства, зайнятості, антидискримінаційної політики
2017	Повне набуття чинності Угодою про асоціацію	Початок практичної імплементації директив ЄС у соціальній сфері
2019	Закон «Про соціальні послуги» (№ 2671-VIII)	Реформа системи соціальних послуг відповідно до європейських підходів: децентралізація, ведення випадку, 17 базових послуг
2019	Закріплення євроінтеграційного курсу в Конституції	Конституційне визнання незворотності європейського курсу як основи формування соціальної політики
2022	Надання Україні статусу кандидата на вступ до ЄС	Прискорення реформ у соціальній сфері, посилення вимог до стандартів соціального захисту
2024	Початок переговорів про вступ до ЄС; Звіт про виконання Угоди (81%)	Конкретизація вимог до адаптації соціального законодавства за кластерами переговорного процесу

Угода про асоціацію між Україною та ЄС (2014) – основний документ, що визначає рамки зобов'язань у соціальній сфері. Глава 21 «Співробітництво у сфері зайнятості, соціальної політики та рівних можливостей» містить положення щодо поступового наближення до acquis ЄС у сферах: охорони праці; трудового законодавства; рівності чоловіків та жінок; антидискримінаційної політики; соціального захисту та забезпечення. Додаток XXXIX до Розділу V визначає конкретні директиви ЄС, які підлягають імплементації.

Таблиця 2.2

Основні напрями імплементації acquis ЄС у соціальній сфері

Напрям	Директиви ЄС / Стандарти	Стан імплементації в Україні
Охорона праці та здоров'я працівників	Рамкова Директива 89/391/ЄЕС; Директива 89/654/ЄЕС; Директива 89/656/ЄЕС	Частково імплементовано. Прийнято Закон «Про охорону праці» (із змінами), розробляються нові стандарти
Рівність чоловіків та жінок	Директива 2006/54/ЄС; Директива 2004/113/ЄС	Прийнято Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005, із змінами)
Антидискримінація	Директива 2000/43/ЄС; Директива 2000/78/ЄС	Прийнято Закон «Про засади запобігання та протидії дискримінації» (2012). Потребує подальшого вдосконалення
Трудове законодавство	Директива 91/533/ЄЕС; Директива 98/59/ЄС; Директива 2001/23/ЄС	КЗпП потребує комплексного оновлення. Підготовлено проєкт нового Трудового кодексу
Соціальне забезпечення	Регламент 883/2004; Європейський стовп соціальних прав (2017)	Реформа пенсійної системи. Закон «Про соціальні послуги» (2019). Не завершено ратифікацію ст. 12 ЄСХ
Соціальний діалог	Директива 2002/14/ЄС; Директива 2009/38/ЄС	Прийнято Закон «Про соціальний діалог в Україні» (2010). Потребує посилення ролі профспілок

Європейська соціальна хартія (переглянута) (1996), ратифікована Україною у 2006 році, встановлює фундаментальні соціальні права: на працю, справедливі умови праці, безпеку, справедливу винагороду, соціальне забезпечення, захист сім'ї та ін. Україна ратифікувала Хартію з вибірковим прийняттям положень – зокрема, не ратифіковано положення щодо соціального забезпечення (ст. 12) та справедливої винагороди (п. 1 ст. 4).

Європейський стовп соціальних прав (2017) визначає 20 ключових принципів за трьома напрямами: рівні можливості та доступ до ринку праці; справедливі умови праці; соціальний захист та інклюзія. Хоча документ не має прямої юридичної сили для України, він слугує орієнтиром модернізації національної соціальної політики.

Державні соціальні стандарти та гарантії

Відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000), **державні соціальні стандарти** – це встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами соціальні норми і нормативи або їх комплекс, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій. Ключовими показниками є прожитковий мінімум та мінімальна заробітна плата.

Важливою проблемою є суттєвий розрив між законодавчим та фактичним прожитковим мінімумом. Якщо законодавчий прожитковий мінімум для працездатних осіб у 2025 році становить 3 028 грн, то фактичний (за розрахунками Мінсоцполітики у цінах 2024 р.) перевищує 9 354 грн, тобто є втричі більшим. Це свідчить про значний розрив між реальними потребами громадян та рівнем соціальних гарантій, зумовлений, зокрема, обмеженими бюджетними ресурсами в умовах війни (табл.2.3.).

Реформа системи соціальних послуг

Закон України «Про соціальні послуги» (2019, № 2671-VIII), що набув чинності з 1 січня 2020 року, запровадив принципово нову модель, наближену до європейських стандартів. Ключові нововведення: повноваження з надання соціальних послуг передано територіальним громадам (принцип субсидіарності); визначено 17 базових послуг; запроваджено ведення випадку (case management); встановлено єдині вимоги до надавачів усіх форм власності; створено Реєстр надавачів та отримувачів; запроваджено соціальне замовлення для залучення НУО; введено інститут супервізії (табл.2.4.).

Таблиця 2.3

Динаміка основних соціальних стандартів України (2023–2025)

Показник	2023 р.	2024 р.	2025 р.
Мінімальна заробітна плата (грн/міс.)	6 700	7 100 / 8 000*	8 000
Прожитковий мінімум загальний (грн)	2 589	2 920	2 920
Прожитковий мінімум для працездатних осіб (грн)	2 684	3 028	3 028
Прожитковий мінімум для дітей до 6 р. (грн)	2 272	2 563	2 563
Прожитковий мінімум для дітей 6–18 р. (грн)	2 833	3 196	3 196
Прожитковий мінімум для осіб, які втратили працездатність (грн)	2 093	2 361	2 361
Фактичний прожитковий мінімум для працездатних (грн)	≈ 8 500	≈ 9 354	> 9 500

** З 01.01.2024 – 7 100 грн, з 01.04.2024 – 8 000 грн.*

Таблиця 2.4

Базові соціальні послуги згідно із Законом «Про соціальні послуги» (2019)

№	Категорія послуг	Перелік базових соціальних послуг
1	Превентивні / профілактичні	Консультування; інформування; соціальна профілактика
2	Для осіб/сімей у складних життєвих обставинах	Соціальний супровід; соціальна адаптація; соціальна інтеграція та реінтеграція; натуральна допомога; представництво інтересів; посередництво (медіація)
3	Для осіб з інвалідністю та похилого віку	Підтримане проживання; догляд вдома; фізичний супровід; переклад жестовою мовою
4	Для дітей з інвалідністю	Супровід під час інклюзивного навчання; денний догляд
5	Кризові послуги	Екстрене (кризове) втручання; надання притулку
6	Для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування	Догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних

Важливим аспектом реформи є перехід від інституційного догляду до надання послуг на рівні громади (деінституціалізація), що відповідає Загальноєвропейським рекомендаціям. Це передбачає поступове закриття великих інтернатних закладів та створення альтернативних форм: малих групових будинків, підтриманого проживання, денних центрів, служб підтримки сімей.

Європейські моделі соціальної політики та перспективи для України

Для формування власної моделі соціальної політики Україні важливо критично осмислити досвід різних європейських країн. У науковій літературі виділяють кілька основних моделей (за типологією Г. Еспінг-Андерсена із доповненнями) (табл.2.5.).

Для України найбільш перспективним є формування власної моделі, що поєднуватиме: розвинену систему базових послуг на рівні громад (скандинавський підхід); солідарну пенсійну систему з елементами накопичувальної (континентальний підхід); адресність соціальної допомоги (ліберальний підхід); досвід пострадянської трансформації (центрально-східноєвропейський досвід Польщі, Естонії, Чехії).

Соціальна політика в умовах воєнного стану: нові виклики

Повномасштабна агресія російської федерації (з 24.02.2022) створила безпрецедентні виклики. Формуються нові пріоритети: соціальний захист понад 4,9 млн внутрішньо переміщених осіб (виплати, інтеграція, працевлаштування); ветеранська політика (комплексна реабілітація, ресоціалізація, підтримка сімей); захист прав дітей (евакуація, психосоціальна підтримка, доступ до освіти); розвиток волонтерського руху як партнера держави; цифровізація соціальної сфери (е-послуги через «Дію»); адаптація соціальних стандартів до умов бюджетних обмежень воєнного часу.

Таблиця 2.5

Порівняльна характеристика європейських моделей соціальної політики

Критерій	Скандинавська	Континентальна	Ліберальна	Центрально-Східноєвропейська
Країни	Швеція, Данія, Фінляндія, Норвегія	Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія	Велика Британія, Ірландія	Польща, Чехія, Словаччина, Естонія, Латвія, Литва
Роль держави	Висока; універсальний соціальний захист	Помірна; соціальне страхування	Мінімальна; адресна допомога	Перехідна; поєднання елементів різних моделей
Фінансування	Високі податки, значний перерозподіл	Внески працівників і роботодавців	Бюджетне фінансування мінімальних програм	Змішане; бюджет + внески + міжнародна допомога
Охоплення	Усі громадяни незалежно від статусу	Працюючі та члени їхніх сімей	Найбільш вразливі верстви	Поступове розширення охоплення
Соціальні послуги	Розвинена мережа державних послуг	Партнерство держави та НУО	Ринкові механізми надання послуг	Реформування пострадянської системи, розвиток НУО
Значення для України	Орієнтир соціальної справедливості та рівності	Модель соціального страхування та діалогу	Досвід адресності та ефективності	**Найбільш релевантний досвід** трансформації

Водночас війна стала каталізатором реформ: прискорилася цифровізація, зміцнився громадянський сектор, активізувалася міжнародна співпраця. За Звітом про виконання Угоди про асоціацію за 2024 рік, загальний прогрес виконання зобов’язань досяг 81%, що свідчить про ефективність євроінтеграційних зусиль навіть в умовах війни.

Ключовими перспективними завданнями є: повна гармонізація соціального законодавства з acquis ЄС; ратифікація нератифікованих положень Європейської соціальної хартії; формування ефективної ветеранської політики; розбудова системи довгострокового догляду; повоєнне відновлення соціальної інфраструктури; впровадження концепції «соціальних інвестицій» – переорієнтація з пасивної допомоги на розвиток людського капіталу.

Цілі сталого розвитку та соціальна політика України

Україна, як і інші країни-члени ООН, взяла на себе зобов'язання досягти 17 Цілей сталого розвитку (ЦСР) до 2030 року. Указом Президента України від 30.09.2019 № 722/2019 підтримано досягнення ЦСР з урахуванням специфіки національного розвитку (86 завдань та 183 індикатори). У листопаді 2024 року Кабінет Міністрів затвердив оновлені національні завдання та індикатори їх досягнення. Ряд ЦСР безпосередньо пов'язаний із соціальною політикою (табл.2.6.).

Досягнення ЦСР у соціальній сфері значно ускладнилося через повномасштабну агресію РФ, яка спричинила руйнування інфраструктури, масове внутрішнє переміщення, втрату людського капіталу. Водночас євроінтеграційний процес створює додаткові стимули для реалізації ЦСР, оскільки європейські стандарти значною мірою кореспондують із завданнями ЦСР.

Соціальний діалог як інструмент реалізації соціальної політики

Соціальний діалог – процес визначення та зближення позицій, досягнення спільних домовленостей та прийняття узгоджених рішень сторонами соціального діалогу (профспілками, організаціями роботодавців, органами виконавчої влади та місцевого самоврядування) з питань формування та реалізації державної соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин (Закон України «Про соціальний діалог в Україні», 2010).

Європейська модель соціального діалогу є одним із найважливіших досягнень ЄС. Вона передбачає повноцінну участь соціальних партнерів у формуванні соціальної політики на всіх рівнях – від підприємства до наднаціонального. Угода про асоціацію зобов'язує Україну розвивати соціальний діалог відповідно до Директив 2002/14/ЄС (інформування та консультування працівників) та 2009/38/ЄС (Європейські ради працівників).

Таблиця 2.6

Цілі сталого розвитку, пов'язані із соціальною політикою України

ЦСР	НАЗВА ЦІЛІ	КЛЮЧОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ
ЦСР 1	Подолання бідності	Зменшити частку бідного населення; забезпечити охоплення соціальним захистом бідних та вразливих верств; рівний доступ до базових послуг та ресурсів
ЦСР 3	Міцне здоров'я та благополуччя	Зменшити смертність; подолати епідемії; забезпечити доступ до медичних послуг; зміцнити психічне здоров'я населення
ЦСР 4	Якісна освіта	Забезпечити рівний доступ до якісної освіти; інклюзивне навчання; освіта впродовж життя; розвиток навичок для гідної праці
ЦСР 5	Гендерна рівність	Ліквідувати дискримінацію жінок; подолати насильство; забезпечити рівну участь у прийнятті рішень; рівний доступ до ресурсів
ЦСР 8	Гідна праця та економічне зростання	Повна продуктивна зайнятість; рівна оплата за рівну працю; захист трудових прав; безпечні умови праці; подолання дитячої праці
ЦСР 10	Скорочення нерівності	Забезпечити зростання доходів найбідніших 40%; соціальна інклюзія; рівні можливості; відповідальна міграційна політика
ЦСР 16	Мир, справедливість та сильні інституції	Верховенство права; доступ до правосуддя; ефективні підзвітні інституції; участь громадян у прийнятті рішень

В Україні соціальний діалог здійснюється на національному, галузевому, територіальному та локальному рівнях. Діє Національна тристороння соціально-економічна рада. Водночас ефективність соціального діалогу залишається недостатньою: низький рівень профспілкового членства; формальний характер колективних переговорів; недостатня інституційна спроможність соціальних партнерів; умови воєнного стану обмежують можливості соціального діалогу, зокрема щодо трудових прав.

Для соціальних працівників розуміння механізмів соціального діалогу є важливим, оскільки він визначає умови праці, рівень соціального захисту та

якість соціальних послуг. Участь у соціальному діалозі на рівні громади, регіону чи галузі є одним із професійних завдань фахівців із соціальної роботи.

Міжнародне співробітництво у сфері соціальної політики

Євроінтеграція України у соціальній сфері підкріплюється активним міжнародним співробітництвом. Серед ключових партнерів та програм: **Рада Європи** – проєкт «Посилення соціального захисту в Україні» (2022–2024), який сприяв розбудові системи соціальних послуг відповідно до стандартів ЄСХ. **Програма розвитку ООН (ПРООН)** – підтримка досягнення ЦСР, програми відновлення громад. **Європейська Комісія** – програми технічної допомоги TWINNING та TAIEX у сфері соціальної політики. **Міжнародна організація праці (МОП)** – проєкт «Зміцнення адміністрації праці з метою покращення умов праці та подолання незадекларованої праці». **Світовий банк** – програми модернізації системи соціального захисту, цифровізації. **ЮНІСЕФ** – захист прав дітей, деінституціалізація, розвиток сімейних форм виховання.

Ця міжнародна підтримка має стратегічне значення не лише для фінансування реформ, а й для трансферу знань, обміну кращими практиками та зміцнення інституційної спроможності системи соціального захисту.

2.2. Менеджмент соціальної роботи

Менеджмент соціальної роботи являє собою систему управлінської діяльності, спрямовану на організацію, координацію та забезпечення ефективного функціонування соціальних служб, установ та програм, метою яких є надання допомоги вразливим верствам населення, сприяння соціальній інтеграції та підвищення якості життя громадян. Як зазначають автори підручника «Менеджмент соціальної роботи» (Надвинична О., Красномовець В., Пришляк О., Скальська О. та ін., 2023), це управління включає не лише внутрішні процеси організації, а й співпрацю з іншими соціальними установами, громадськими організаціями та державними структурами з метою забезпечення комплексного підходу до соціального обслуговування населення.

У сучасних умовах трансформації суспільства, зростання соціальних ризиків та ускладнення потреб різних категорій населення менеджмент соціальної роботи набуває особливого значення як інструмент системного вирішення соціальних проблем на інституційному рівні. За визначенням Л.

Колбіної (2017), менеджмент соціальної роботи є одним із видів соціального управління, де головним об'єктом та суб'єктом діяльності виступає людина. Це зумовлює його відкритий суспільний характер та людський вимір. Головною особливістю менеджменту соціальної роботи є його антропоцентричність: людина тут виступає одночасно і об'єктом, і суб'єктом управління. Це зумовлює високу етичну відповідальність менеджера та необхідність дотримання принципів соціальної справедливості та поваги до гідності особистості.

В умовах воєнного стану та поствоєнного відновлення соціальні менеджери стикаються з викликами, що потребують нестандартних рішень: релокація служб, організація допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО), інтеграція ветеранів у громади. Тут ефективними стають моделі управління змінами, описані у працях сучасної наукової школи (зокрема, Chychun, Kravchenko et al., 2023), де акцент зміщується на гнучкість структур, психологічну стійкість персоналу та залучення співробітників до прийняття рішень (participatory management).

Специфіка менеджменту соціальної роботи полягає в його подвійній природі: з одного боку, він базується на загальних принципах та методах управління, характерних для будь-якої організації, а з іншого – враховує унікальну місію соціальних служб, яка визначається не прибутковістю, а соціальним ефектом, тобто покращенням умов життя людей, захистом їхніх прав та задоволенням базових потреб. Як зазначає П. Друкер (Drucker, 1990), некомерційні організації соціальної сфери потребують більш ефективного менеджменту, ніж бізнес-структури, оскільки їхні ресурси обмеженіші, а відповідальність перед суспільством – вища.

Ефективний менеджмент у соціальній роботі передбачає інтеграцію кількох ключових компонентів: організаційного проєктування, управлінських функцій, стратегічного планування, кадрового менеджменту та формування лідерського потенціалу. Дослідження О. Приймака та Ю. Приймак (2025) підкреслюють, що розбудова принципів соціально-сервісної держави є одним із вагомих важелів забезпечення якості життя населення України, що актуалізує потребу в ефективному менеджменті соціальних організацій.

Організаційні структури у соціальній сфері

Організаційна структура соціальної служби чи установи визначає систему внутрішніх зв'язків між її підрозділами, розподіл повноважень, відповідальності

та комунікаційних потоків. Як зазначає Г. Мінцберг (Mintzberg, 1979), структура організації визначає способи, якими працівники розподіляють і координують свою діяльність. Від того, наскільки раціонально побудовано організаційну структуру, залежить оперативність прийняття рішень, якість надання соціальних послуг та здатність установи адаптуватися до мінливих зовнішніх умов.

У соціальній сфері найпоширенішими є кілька типів організаційних структур. Лінійна структура характеризується чіткою вертикальною ієрархією підпорядкування, де кожен працівник має одного безпосереднього керівника. Така структура забезпечує прозорість відповідальності та простоту управління, проте може бути недостатньо гнучкою для організацій, що надають різноманітні соціальні послуги. За даними Г. Тимошко, О. Гури та співавторів (2022), сучасні підходи до надання соціальних послуг у територіальних громадах вимагають більш гнучких організаційних форм.

Функціональна структура передбачає групування працівників за спеціалізацією (наприклад, відділ соціального супроводу, відділ психологічної допомоги, відділ правового захисту), що сприяє поглибленню професійної експертизи, але може ускладнювати міжфункціональну взаємодію. Як зазначають Дж. Р. Шерменхорн (Schermerhorn, 2010) та Р. Дафт (Daft, 2015), функціональна структура є ефективною за умови стабільного зовнішнього середовища, проте може створювати так звані «функціональні силоси», що перешкоджають горизонтальній координації.

Дивізіональна структура організовує діяльність за територіальним принципом або за категоріями клієнтів (діти, люди з інвалідністю, особи похилого віку), що дозволяє краще враховувати специфіку потреб конкретних груп населення. Матрична структура поєднує функціональний та проєктний підходи, створюючи гнучкі команди для реалізації конкретних соціальних програм та проєктів. За Дж. Гелбрейтом (Galbraith, 2009), матричні структури є особливо ефективними в організаціях, яким необхідно одночасно реалізовувати кілька складних проєктів з обмеженими ресурсами. Такий підхід є актуальним в умовах проєктного фінансування та грантової діяльності, що набули значного поширення в українській соціальній сфері.

Сучасні тенденції організаційного розвитку в соціальній роботі свідчать про зростання ролі мережевих та партнерських структур. За дослідженнями Б. Грея (Gray, 1989) та Е. Остром (Ostrom, 1990), міжорганізаційна співпраця є ключовим фактором успішного вирішення складних соціальних проблем. Різні

організації – державні установи, громадські організації, благодійні фонди, міжнародні агентства – об’єднують зусилля для комплексного вирішення соціальних проблем. Як зазначається в колективній монографії «Актуальні напрями менеджменту соціальних служб в Україні» (Євдокимова І., Бутиліна О., Вітковська І., Плахова О. та ін., 2024), сучасна система кадрового менеджменту у соціальних службах має бути комплексною і різноспрямованою, враховуючи потребу в міжвідомчій та міжсекторальній координації.

Окрему увагу в контексті організаційного проєктування заслуговує концепція так званої «організації, що навчається» (learning organization), запропонована П. Сенге (Senge, 1990). Ця концепція передбачає створення організаційних умов для постійного навчання, обміну знаннями та адаптації до нових викликів, що є надзвичайно актуальним для соціальних служб, які працюють в умовах швидких змін соціального середовища.

Функції управління соціальними службами

Управління соціальними службами реалізується через систему взаємопов’язаних функцій, кожна з яких забезпечує певний аспект організаційної діяльності. Класичні функції менеджменту – планування, організація, мотивація та контроль, виокремлені ще А. Файолем (Fayol, 1916), – у контексті соціальної роботи набувають специфічного змісту, зумовленого особливостями соціальної сфери.

Планування у соціальних службах передбачає визначення пріоритетних напрямів діяльності на основі аналізу соціальних потреб громади, оцінки наявних ресурсів та формулювання конкретних цілей надання соціальних послуг. За П. Друкером (Drucker, 2001), планування в некомерційних організаціях має починатися з визначення місії і кінцевого результату, а не з ресурсів. Це включає розробку програм соціального обслуговування, визначення критеріїв та показників якості послуг, а також формування бюджетних пропозицій та планів залучення додаткових ресурсів. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» (2019), планування соціальних послуг на рівні громади має ґрунтуватися на результатах оцінки потреб населення.

Організаційна функція полягає у створенні умов для реалізації запланованих заходів: розподілі завдань між працівниками, координації діяльності підрозділів, забезпеченні необхідними матеріально-технічними та інформаційними ресурсами. Особливу роль відіграє організація міждисциплінарної взаємодії, оскільки ефективне надання соціальних послуг

часто потребує залучення фахівців різного профілю – соціальних працівників, психологів, юристів, медичних працівників, педагогів. Дослідження Б. Грей (Gray, 2008) свідчать, що міждисциплінарні команди у соціальній сфері демонструють значно вищу ефективність порівняно з монопрофільними підходами, особливо при роботі зі складними випадками.

Мотивація персоналу в соціальній сфері має свої особливості, пов'язані з тим, що праця соціальних працівників характеризується високим рівнем емоційного навантаження, часто недостатнім рівнем матеріальної винагороди та складністю вимірювання результатів роботи. Згідно з двофакторною теорією Ф. Герцберга (Herzberg, 1959), задоволеність працею визначається двіма групами факторів: гігієнічними (умови праці, заробітна плата, стосунки з колегами) та мотиваційними (визнання, відповідальність, професійне зростання). У контексті соціальної роботи дослідження Е. Дічі та Р. Раяна (Deci & Ryan, 2000) у рамках теорії самодетермінації демонструють, що внутрішня мотивація, ґрунтована на потребах в автономії, компетентності та зв'язку з іншими, є визначальною для працівників сферу допомоги.

Ефективна система мотивації має включати як матеріальні стимули (гідна оплата праці, премії, соціальний пакет), так і нематеріальні – професійний розвиток, визнання досягнень, можливості кар'єрного зростання, підтримуючу робочу атмосферу та профілактику професійного вигорання. Дослідження Я. Амурової та М. Момот (2023) підкреслюють значущість комфортного соціально-психологічного клімату в колективі як ключового фактора мотивації та утримання кадрів.

Контроль у соціальних службах спрямований на забезпечення якості надання послуг, дотримання стандартів соціального обслуговування, ефективного використання ресурсів та відповідності діяльності нормативно-правовим вимогам. Сучасні підходи до контролю базуються на системі моніторингу та оцінювання (M&O), яка включає збір кількісних та якісних даних про результати діяльності, зворотний зв'язок від отримувачів послуг, внутрішній та зовнішній аудит. Як зазначають Р. Патон і Ш. Фут (Paton & Foot, 2000), ефективна система моніторингу в соціальних організаціях має орієнтуватися на результат (outcome-based monitoring), а не лише на процес надання послуг.

Стратегічне планування та розвиток організації

Стратегічне планування є ключовим інструментом забезпечення довгострокового розвитку соціальних організацій в умовах динамічного зовнішнього середовища. Як зазначає Дж. Брайсон (Bryson, 2018), стратегічне планування для некомерційних організацій є дисциплінованим зусиллям для прийняття фундаментальних рішень і дій, які формують та спрямовують організацію. Воно передбачає системний аналіз внутрішнього потенціалу та зовнішніх факторів впливу, визначення місії та візії організації, формулювання стратегічних цілей та розробку плану дій для їх досягнення.

Процес стратегічного планування в соціальній організації починається з аналізу ситуації, який включає оцінку соціально-демографічних тенденцій, вивчення потреб цільових груп, аналіз державної соціальної політики та нормативно-правового поля, дослідження конкурентного середовища та визначення можливостей партнерства. Широко застосовуваним інструментом є SWOT-аналіз, що дозволяє систематизувати інформацію про сильні та слабкі сторони організації, а також зовнішні можливості та загрози. Дослідження О. Приймака та Ю. Приймак (2025) демонструють продуктивність поєднання матриць SWOT та Стогділл для виявлення зв’язку між стилями управління соціальною організацією та стилями надання соціальних послуг.

Місія соціальної організації визначає її фундаментальне призначення та цінності, відповідаючи на питання «Для чого існує організація?» та «Кому і як вона допомагає?». За П. Друкером (Drucker, 1990), добре сформульована місія некомерційної організації має бути достатньо короткою, щоб помістится на футболці, проте достатньо інспіруючою, щоб об’єднати команду навколо спільної мети. Візія окреслює бажаний стан організації в майбутньому та слугує орієнтиром для стратегічного розвитку.

Важливим аспектом стратегічного планування є забезпечення сталості організації, що включає диверсифікацію джерел фінансування (бюджетне фінансування, грантові кошти, соціальне підприємництво, благодійні внески), розвиток партнерських мереж, інвестиції в людський капітал та технологічну модернізацію. За методологією стратегічного планування розвитку територіальних громад, затвердженою Наказом Мінрегіону № 265 від 21.12.2022, стратегічні документи мають розроблятися з використанням територіально-орієнтованого та безпекового підходів.

В умовах сучасних викликів, зокрема воєнного стану в Україні, стратегічне планування набуває особливого значення. Дослідження, проведені за підтримки GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), демонструють, що соціальні організації мають швидко адаптуватися до нових потреб населення, переміщення людей, зміни ресурсної бази та трансформації пріоритетів соціальної політики. Як зазначає К. Вейк (Weick, 1995), в умовах невизначеності організації потребують не стільки детальних планів, скільки здатності до «смислотворення» (sensemaking) – колективного осмислення нових реалій та оперативного перегляду стратегій.

Розвиток організації також передбачає впровадження інновацій у практику соціальної роботи: використання інформаційних технологій для ведення випадків та управління даними, розвиток дистанційних форм надання послуг, застосування доказового підходу (evidence-based practice) при виборі методів роботи. За Е. Гамбрілл (Gambrill, 2006), доказовий підхід у соціальній роботі передбачає інтеграцію найкращих наукових доказів, професійного досвіду фахівця та уподобань та цінностей клієнта, а також формування культури постійного навчання та вдосконалення.

Управління персоналом у соціальних службах

Персонал є головним ресурсом будь-якої соціальної організації, оскільки якість соціальних послуг безпосередньо залежить від професійної компетентності, мотивації та емоційного благополуччя працівників. Як зазначає М. Армстронг (Armstrong, 2020), *управління людськими ресурсами* – це стратегічний підхід до управління найціннішим активом організації – людьми, які працюють у ній. Управління персоналом у соціальних службах охоплює широкий спектр процесів: від рекрутингу та відбору кадрів до їхнього професійного розвитку, оцінювання результативності та утримання в організації.

Підбір кадрів для соціальної сфери має враховувати не лише формальну кваліфікацію, а й особистісні якості кандидатів: емпатію, стресостійкість, комунікативні навички, здатність працювати в складних та невизначених ситуаціях, етичну зрілість. За результатами дослідження О. Главацької (2017), соціальні працівники з високим ступенем професійного вигорання частіше використовують обережні стратегії поведінки та мають найнижчі показники особистісного адаптаційного потенціалу, що підкреслює важливість ретельного відбору кадрів з урахуванням їхньої стресостійкості.

Важливим етапом є адаптація нових працівників, яка включає ознайомлення з організаційною культурою, наставництво з боку досвідчених колег та поступове залучення до самостійної роботи з клієнтами. Як зазначають І. Євдокимова та О. Бутиліна (2024), основними напрямами кадрової роботи у соціальних службах мають стати: діагностика та моніторинг ресурсів працівників, формування комфортної атмосфери у колективі, а також розвиток та навчання персоналу у різних освітніх форматах.

Ефективність соціальної організації прямо корелює з її внутрішнім кліматом. Дослідження Валумбва та співавторів (Walumbwa et al., 2010) підтверджують, що концепція **лідерства-служіння (servant leadership)** є найбільш релевантною для соціальної сфери. Керівник, який фокусується на розвитку своїх підлеглих, створює умови для їхнього професійного зростання, що своєю чергою мінімізує ризики емоційного вигорання – критичної проблеми для соціальних працівників. Здорова організаційна культура базується на довірі, етичних стандартах та спільному баченні місії організації.

Професійний розвиток персоналу соціальних служб має бути безперервним та системним. Він реалізується через різноманітні форми: підвищення кваліфікації, участь у тренінгах та семінарах, супервізію (індивідуальну, групову, організаційну), інтервізію серед колег, стажування в інших організаціях, самоосвіту. Супервізія заслуговує на особливу увагу як інструмент одночасної підтримки професійного зростання та емоційного благополуччя працівників. Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо супервізії працівників, які надають соціальні послуги», супервізія визначається як професійна підтримка, спрямована на подолання професійних труднощів, вдосконалення організації роботи та запобігання виникненню професійного вигорання.

Дослідження, проведене Міжнародним центром розвитку лідерства (МЦРЛ, 2023), показало, що отримання супервізійної підтримки знижує ризик емоційного вигорання на 23,3% та вторинного травматичного стресу на 26,7%. Монографія І. Астремської «Супервізія: профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги» (2024) систематизує концептуальні підходи до реалізації супервізії, виокремлюючи її специфічні особливості та сучасні вимоги: ролі та стилі супервізора, фокуси та функції супервізії.

Оцінювання результативності персоналу в соціальній сфері є складним завданням через багатовимірність та часто відстрочений характер результатів

соціальної роботи. Сучасні підходи передбачають комплексне оцінювання, що включає кількісні показники (кількість обслугованих клієнтів, дотримання термінів), якісні критерії (задоволеність клієнтів, якість документації, дотримання етичних стандартів) та оцінку компетенцій працівника. За Р. Каплан і Д. Нортон (Kaplan & Norton, 1996), збалансована система показників (Balanced Scorecard) може бути адаптована для соціальних організацій, враховуючи чотири перспективи: фінансову, клієнтську, внутрішніх процесів та навчання й розвитку.

Окрему увагу слід приділити профілактиці професійного вигорання в соціальній сфері. За дослідженням К. Маслач та М. Лейтер (Maslach & Leiter, 2016), синдром професійного вигорання включає три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності. За результатами дослідження Zagoriy Foundation (2023), у 35% опитаних працівників благодійного сектору України виявлено професійне вигорання на стадії формування, а ще 36% мають вже сформований стан вигорання. О. Бутиліна та К. Бугай (2023) дослідили специфіку професійного вигорання фахівців із соціальної роботи саме в умовах воєнного стану, що підтверджує критичну потребу у системній підтримці працівників.

Ефективне управління персоналом передбачає створення підтримуючого робочого середовища, забезпечення регулярної супервізії, раціональний розподіл навантаження та впровадження програм турботи про благополуччя працівників (staff wellbeing). Н. Островська (2023) у своїх дослідженнях підтвердила, що впровадження систематичної супервізії сприяє підвищенню стресостійкості соціальних працівників та є дієвою умовою запобігання професійному вигоранню фахівців.

Лідерство та організаційна культура

Лідерство в соціальній роботі виходить за межі формального адміністрування та передбачає здатність надихати команду, формувати спільне бачення, підтримувати цінності організації та створювати умови для професійного зростання кожного працівника. Як зазначає П. Нортхаус (Northouse, 2021), лідерство є процесом, за допомогою якого індивід впливає на групу з метою досягнення спільної цілі. У соціальній сфері особливо актуальними є моделі лідерства, орієнтовані на служіння (servant leadership), трансформаційне лідерство та розподілене лідерство.

Концепція лідерства-служіння була запропонована Р. Грінліфом (Greenleaf, 1977) і базується на ідеї, що головним завданням керівника є підтримка своїх підлеглих, створення умов для їхньої ефективної роботи та професійного розвитку. За Грінліфом, лідер-слуга – це передусім слуга, і лише усвідомлений вибір спонукає його прагнути до лідерства. Дослідження Л. Спірса (Spears, 1995) виокремлюють десять ключових характеристик лідера-слуги: слухання, емпатію, зцілення, усвідомленість, переконання, концептуалізацію, передбачливість, нагляд (stewardship), відданість зростанню людей та побудову спільноти. Такий підхід є особливо органічним для соціальної сфери, оскільки він відображає ті самі цінності – повагу до людської гідності, емпатію, підтримку – які є основою соціальної роботи як професії.

Трансформаційне лідерство, теорію якого заснував Дж. М. Бернс (Burns, 1978) та розвинув Б. Басс (Bass, 1985), спрямоване на мобілізацію потенціалу організації для досягнення значущих змін. За Бернсом, трансформаційне лідерство – це процес, у якому лідери та послідовники піднімають один одного до вищих рівнів моральності та мотивації. Басс та Аволіо (Bass & Avolio, 1994) визначили чотири складові трансформаційного лідерства: ідеалізований вплив (charisma), інспіруюча мотивація, інтелектуальна стимуляція та індивідуальний підхід.

Стоун, Расселл та Паттерсон (Stone, Russell & Patterson, 2004) встановили ключову відмінність між цими двома підходами: *трансформаційні лідери* зосереджуються переважно на організаційних цілях, тоді як *лідери-слуги* – на потребах послідовників, а досягнення організаційних цілей є вторинним результатом. У контексті соціальної роботи обидва підходи є продуктивними і можуть поєднуватися залежно від ситуації. Л. Валенкевич та І. Балагуровська (2018) підкреслюють, що лідерство є ключовим чинником ефективного керівництва у соціальній сфері.

Розподілене лідерство (distributed leadership), описане Дж. Спілейн (Spillane, 2006), передбачає залучення працівників на різних рівнях організації до прийняття рішень та реалізації лідерських функцій. У соціальних службах це може виявлятися у створенні робочих груп, делегуванні повноважень, заохоченні ініціативності та підтримці горизонтальних комунікацій. За дослідженнями Ху та Ліден (Hu & Liden, 2011), *лідерство-служіння* на командному рівні позитивно впливає на ефективність, громадянську поведінку та потенціал команди.

Організаційна культура соціальної служби являє собою систему спільних цінностей, переконань, норм поведінки та практик, які формують внутрішнє середовище організації. Е. Шейн (Schein, 2010) визначає організаційну культуру як паттерн базових припущень, що були засвоєні групою в процесі вирішення проблем зовнішньої адаптації та внутрішньої інтеграції. Він виділяє три рівні культури: артефакти (видимі елементи), проголошені цінності та базові припущення. Сильна організаційна культура, побудована на цінностях соціальної справедливості, поваги до людської гідності, професіоналізму та командної роботи, є потужним ресурсом для забезпечення якості послуг та утримання кваліфікованих кадрів.

Формування організаційної культури є одним із ключових завдань лідерства. За Дж. Коттером та Дж. Хескеттом (Kotter & Heskett, 1992), організації з сильною адаптивною культурою демонструють значно кращі результати діяльності у довгостроковій перспективі. Формування організаційної культури відбувається через особистий приклад керівника, чітку артикуляцію місії та цінностей, створення ритуалів та традицій, системи заохочення, а також через послідовне застосування етичних стандартів у повсякденній діяльності.

Здорова організаційна культура сприяє формуванню довіри, відкритості, взаємопідтримки та готовності до спільного навчання, що є необхідними умовами ефективної соціальної роботи. Дослідження Валумбва та співавторів (Walumbwa et al., 2010) підтвердили, що лідерство-служіння позитивно впливає на організаційну громадянську поведінку працівників через мехізми відданості керівнику, самоефективності, клімату процедурної справедливості та сервісного клімату. Це має особливе значення для соціальних служб, де організаційна культура безпосередньо впливає на якість послуг, що надаються клієнтам.

Сучасний менеджмент соціальної роботи неможливий без залучення додаткових ресурсів. Вміння менеджера працювати з міжнародними донорами, залучати грантові кошти та розвивати соціальне підприємництво стає ключовим для фінансової стійкості установ. Це вимагає від керівника навичок стратегічного планування та PR-комунікацій для популяризації соціальних ініціатив у суспільстві.

Таким чином, менеджмент соціальної роботи є комплексною сферою управлінської діяльності, яка інтегрує загальні принципи менеджменту зі специфікою соціальної сфери. Ефективне управління соціальними організаціями потребує поєднання стратегічного мислення, професійної компетентності у сфері соціальної роботи, лідерських якостей та глибокого

розуміння потреб як клієнтів, так і працівників. В умовах сучасних суспільних викликів, зокрема в умовах воєнного стану, менеджмент соціальної роботи стає дедалі важливішим інструментом забезпечення соціальної стійкості та розвитку громад.

2.3. Проєктний менеджмент у соціальній сфері

Теоретико-методологічні засади соціального проєктування в умовах сучасних викликів

Трансформаційні процеси, що охопили соціально-економічну сферу України в умовах глобалізації та воєнних викликів, зумовлюють необхідність пошуку новітніх інструментів управління соціальними змінами. Проєктний менеджмент у цьому контексті постає не просто як сукупність управлінських технік, а як цілісна методологія, що дозволяє перетворювати теоретичні знання у сфері соціальної роботи та реабілітації на ефективну професійну практику.1 Соціальний проєкт визначається як унікальний комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямованих на вирішення конкретних суспільних проблем протягом визначеного часу та в межах встановленого бюджету.1 На відміну від комерційних ініціатив, кінцевою метою соціального проєкту є не отримання фінансового прибутку, а досягнення позитивного соціального ефекту – покращення якості життя вразливих категорій населення, відновлення людського капіталу та розбудова стійкості територіальних громад.1

Сучасна наукова думка розглядає управління проєктами (Project Management) як інтегровану галузь знань, що включає планування, організацію та контроль ресурсів для успішного досягнення цілей. Еволюція цього напряму призвела до зміни акцентів: від жорсткого дотримання процесів, характерного для ранніх редакцій стандартів, до гнучкого, орієнтованого на цінність підходу. Це критично важливо для соціальної сфери, де середовище є надзвичайно динамічним, а потреби цільових груп можуть змінюватися під впливом зовнішніх кризових чинників.

Аналіз різних наукових підходів дозволяє виокремити ключові дефініції поняття «проєкт», що представлені в академічному дискурсі (табл.2.7.).

Специфіка соціального проєктування полягає в його багатогранності. Проєкти можуть класифікуватися за сферою діяльності (економічні,

організаційні, технічні, соціальні), за тривалістю (коротко-, середньо- та довгострокові) та за структурою. В умовах сучасної України особливої ваги набувають мегапроєкти – цільові програми розвитку регіонів, що включають десятки окремих ініціатив. Управління соціальними проєктами вимагає від фахівця володіння не лише інструментами тайм-менеджменту, а й навичками соціальної діагностики та експертизи.

Таблиця 2.7.

Ключові дефініції поняття «проєкт»

Автор / Стандарт	Визначення поняття «проєкт»
Британський стандарт BS 6079-1	Унікальна сукупність скоординованих дій із певним початком і закінченням для досягнення мети за визначених параметрів часу та витрат.
Американський інститут PMI	Тимчасове підприємство, створене для створення унікального продукту, послуги або результату.
Рассел Д. Арчібальд	Комплекс зусиль, здійснюваних із метою отримання конкретних результатів у межах відведеного часу та бюджету.
Н. Тілікіна	Цілеспрямована діяльність, орієнтована на розв'язання соціально значущих проблем та досягнення якісних суспільних змін.
З. Рябова	Технологія управління інноваційним розвитком організації через комплекс системних нововведень.

З точки зору соціальної роботи, **соціальний проєкт** – це проєкт, який спрямований на розв'язання соціально значущих проблем або задоволення потреб певних груп населення з метою **покращення якості життя**, **підвищення рівня соціального захисту** та **розвитку громади або суспільства** в цілому.

Соціальні проєкти стають все більш значущими в сучасному суспільстві, оскільки вони спрямовані на розв'язання проблем та викликів, що впливають на

життя значної кількості людей. Проблеми, такі як бідність, безробіття, соціальна нерівність, низький рівень доступу до медичних та освітніх послуг, вимагають структурованого підходу для їх розв'язання. Відтак, управління соціальними проєктами стає невід'ємною частиною діяльності багатьох установ та організацій, включаючи органи державної влади, міжнародні фонди, громадські організації та підприємства, які прагнуть зробити свій внесок у розбудову стійкого суспільства та країни в цілому.

Соціальні проєкти спрямовані не на отримання прибутку, а на досягнення позитивних соціальних змін, і саме ця особливість визначає специфіку їх управління. Планування та реалізація таких проєктів передбачає врахування потреб цільової аудиторії, розуміння соціального контексту та вміння працювати з обмеженими ресурсами. Водночас, ефективне управління соціальними проєктами дає змогу досягати конкретних результатів, що можуть мати значний вплив на якість життя як населения, так і територіальної громади, регіону або навіть країни в цілому. Саме тому розробка та впровадження соціальних проєктів потребує грунтовних знань, навичок аналізу, стратегічного планування, моніторингу та оцінки результатів.

Отже, соціальний проєкт це проєкт, який спрямований на розв'язання соціально значущих проблем або задоволення потреб певних груп населення. Метою соціальних проєктів є покращення якості життя, підвищення рівня соціального захисту та розвитку громади або суспільства в цілому.

Розвиток проєктно-орієнтованого мислення у керівників соціальних установ та реабілітаційних центрів є запорукою успішної соціалізації особистості в мінливому середовищі. Наукові дослідження підтверджують, що лідери, які володіють проєктним типом мислення, демонструють вищу ефективність у політиці, бізнесі та соціальній сфері. На сьогодні проєктний менеджмент інтегрований у 74% організацій, що підкреслює його статус як ключової технології інноваційного розвитку.

Нормативно-правове регулювання та державні стандарти соціального проєктування

Організація соціальних проєктів у 2024–2025 роках базується на оновленій нормативно-правовій базі, яка відображає пріоритети держави в умовах воєнного стану та децентралізації. Фундаментальним актом у цій сфері є Закон України «Про соціальні послуги», який встановлює засади взаємодії між надавачами та отримувачами послуг. Важливим механізмом реалізації

соціальної політики є державні цільові програми, які фактично виступають рамковими проєктами національного масштабу. Зокрема, Концепція Державної цільової соціальної програми протидії торгівлі людьми на період до 2025 року та програма «Молодь України» задають вектори для локальних ініціатив.4

Держава жорстко регламентує якість виконання соціальних завдань через систему державних стандартів. Ці стандарти є обов'язковими індикаторами для будь-якого проєкту, що фінансується з бюджету або претендує на статус соціально значущого. У 2024 році Міністерством соціальної політики було представлено низку оновлених документів, які регулюють найбільш критичні напрямки підтримки населення (табл.2.8.).

Особливе значення для бюджетного планування проєктів мають показники соціальних гарантій. У 2026 році законом про Державний бюджет України встановлено нові рівні прожиткового мінімуму, що безпосередньо впливає на розрахунок вартості соціальних послуг та обсяг матеріальної підтримки в межах проєктів. Для працездатних осіб цей показник становить 3 328 грн, для осіб, які втратили працездатність – 2595 грн. Ці дані є вихідними при формуванні фінансових планів соціальних ініціатив.

Крім внутрішнього законодавства, соціальне проєктування в Україні орієнтується на міжнародні стандарти, такі як ISO 21500, який став базою для багатьох національних настанов. Впровадження 7-ї редакції стандарт управління проєктами, розроблений Project Management Institute (PMBOK 7), українською мовою за підтримки PMI Ukraine Chapter надало вітчизняним фахівцям доступ до глобальних практик управління, що акцентують увагу на етиці, соціальній відповідальності та інклюзивності. Це дозволяє українським соціальним проєктам бути конкурентоспроможними при залученні міжнародних донорів, таких як ПРООН або агентства ЄС.

Аналіз сучасних методологій управління свідчить про глибоку трансформацію підходів до реалізації проєктів. Якщо PMBOK 6 базувався на 49 процесах, структурованих у 10 галузях знань (інтеграція, зміст, час, вартість, якість, ресурси, комунікації, ризики, закупівлі, стейкхолдери), то PMBOK 7 пропонує перехід до принципів та сфер продуктивності. Для соціальної роботи цей перехід має вирішальне значення, оскільки він дозволяє відійти від бюрократичної фіксації на документах до фокусування на реальних результатах для людини та громади.

Таблиця 2.8.

Ключові положення державногостандарту соціальних послуг

Сфера соціальної послуги	Ключові положення державного стандарту
Паліативний догляд	Встановлення бальної оцінки потреб отримувача (від 12 до 100 балів), дотримання принципів недискримінації та поваги до гідності.
Догляд вдома	Регламентація обсягу та періодичності допомоги особам, які втратили здатність до самообслуговування.
Кризове втручання	Стандарт надання екстреної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів.
Супровід ветеранів	Оновлений професійний стандарт фахівця із супроводу ветеранів війни (2025 р.), що деталізує вимоги до кваліфікації та обов'язкове навчання.
Інтеграція ВПО	Стандарти соціальної адаптації та надання притулку особам, які постраждали від наслідків агресії.

Система управління проєктами за новими стандартами включає 12 принципів, серед яких ключовими для соціальної сфери є відповідальне управління, команда, зацікавлені сторони, цінність, системне мислення та адаптивність. Такий підхід стимулює творчість і дає змогу адаптувати методи до специфічних умов реабілітаційних центрів або територіальних громад. Сфери продуктивності, введені в PMBOK 7, охоплюють весь життєвий цикл проєкту: від взаємодії зі стейкхолдерами до управління невизначеністю (табл.2.9.).

Ця зміна парадигми вимагає від магістрів соціальної роботи нового типу компетентностей – «кризового лідерства» та «життєстійкості». Навчальні плани ДЗВО «Університет менеджменту освіти» вже інтегрують ці аспекти у підготовку фахівців у таких курсах, як «Соціальна медіація та фасилітація», «Організація та управління соціальними проєктами», «Соціальні технології

розвитку громади» та «Соціальна інклюзія і соціальна реабілітація для людей з ООП».

Таблиця 2.9.

Адаптація сфер продуктивності PMBOK 7 до соц.роботи та соц.реабілітації

Сфера продуктивності	Значення для соціальної роботи та реабілітації
Зацікавлені сторони	Робота не лише з донорами, а й із вразливими групами, їхніми сім'ями та громадою.[1]
Команда	Формування культури довіри та профілактика вигорання фахівців.
Життєвий цикл	Вибір між лінійним та ітеративним підходом залежно від складності соціальної проблеми.[1]
Планування	Гнучке визначення цілей за принципом SMART з урахуванням обмежених ресурсів.[1]
Оцінка результатів	Вимірювання соціального впливу (Impact) замість простих кількісних показників.[1]
Невизначеність	Управління ризиками в умовах воєнних та економічних криз.

Життєвий цикл соціального проєкту: від ідентифікації проблеми до завершення

Процес виконання проєкту, або життєвий цикл, охоплює період від його початку до завершення. Кожен проєкт має унікальний результат, що потребує індивідуального підходу до його реалізації, тому моделі життєвого циклу доцільно адаптувати до соціального проєкту. Вибір правильної моделі, з огляду на її переваги та недоліки, є важливим для успіху конкретного соціального проєкту.

Життєвий цикл проекту це певний проміжок часу від моменту появи проекту до моменту його завершення.

У науковій літературі існують різні підходи до формування життєвого циклу проекту, які можуть варіюватися незалежно від сфери застосування. Ці підходи охоплюють різні етапи, такі як ініціювання, планування, виконання, моніторинг та закриття проекту Вивчення життєвого циклу проекту є актуальним у таких сферах, як управління, інженерія, інформаційні технології та соціальні науки. Кожна з цих сфер пропонує свої специфічні моделі та методи, що дозволяють адаптувати підходи до особливостей конкретного проекту.

Насамперед, розглядаємо життєвий цикл проекту (рис. 2.1), методологія якого розроблена Інститутом управління проєктами (англ. Project Management Institute) та має 5 фаз.

Рис. 2.1 Життєвий цикл соціального проєкту

Початком будь-якого проєкту є виявлення розриву між бажаним та існуючим станом соціальної системи. Ідентифікація проблеми виступає базовим етапом, від якого залежить ефективність подальшої діяльності. Некоректно визначена проблема призводить до невідповідності проєкту реальним потребам громади або цільової групи. У сфері соціальної роботи цей процес тісно пов’язаний із проведенням соціальної діагностики, аналізом потреб та оцінкою контексту функціонування цільової аудиторії.

Для забезпечення обґрунтованості рішень використовуються методи соціологічних досліджень, зокрема анкетування, фокус-групові обговорення, глибинні інтерв’ю. Важливим є залучення представників вразливих груп до процесу визначення проблем і формування рішень, що сприяє підвищенню

релевантності та життєздатності проєктних ініціатив. Результатом етапу ініціювання є формування концепції проєкту та розроблення Статуту проєкту (Project Charter), який визначає основні цілі, обмеження, припущення та надає повноваження керівнику проєкту.

Етап ***ініціювання проєкту*** передбачає:

– визначення соціальної проблеми, яку необхідно вирішити, та аналіз потреб територіальної громади або цільової групи;

– формулювання цілей, мети та завдання проекту, які можуть бути досягнуті;

– розробка загальної структури проекту, включаючи визначення ключових компонентів, ресурсів та очікуваних результатів;

– ідентифікація всіх зацікавлених сторін, включаючи бенефіціарів, партнерів, донорів та інших учасників.

Наступним етапом є ***планування***. Планування є системним процесом, що забезпечує логічну та послідовну організацію діяльності. Ключовим елементом цього етапу є формування логіки змін – уявлення про те, як саме реалізація проєкту призведе до бажаних соціальних результатів .

Логіка змін ґрунтується на відповідях на базові питання:

– який поточний стан проблеми;

– яких змін необхідно досягти;

– яким чином ці зміни можуть бути реалізовані;

– які ресурси та інструменти для цього необхідні.

Основні компоненти планування:

– деталізований опис заходів, методів і інструментів реалізації;

– розроблення плану дій із визначенням етапів, строків та відповідальних осіб;

– визначення ризиків і розроблення стратегій їх мінімізації;

– формування бюджету та визначення джерел фінансування;

– встановлення критеріїв ефективності та індикаторів досягнення результатів.

Важливим елементом планування є визначення індикаторів – кількісних та якісних показників, що дозволяють оцінювати прогрес у досягненні цілей проєкту . Індикатори повинні бути пов’язані із завданнями проєкту, визначатися на етапі планування та використовуватися протягом усього життєвого циклу.

Третім єтапом життєвого циклу проєкту є його ***реалізація***.

Етап реалізації передбачає виконання запланованих заходів і досягнення визначених результатів. Він включає координацію діяльності команди, управління ресурсами та забезпечення ефективної комунікації між усіма учасниками.

Основні аспекти реалізації:

- виконання запланованих заходів відповідно до плану;
- координація роботи команди та розподіл відповідальності;
- підтримка комунікації із зацікавленими сторонами;
- оперативне реагування на проблеми та коригування планів.

У процесі реалізації особливого значення набуває управління ризиками. Ризики можуть мати як внутрішній, так і зовнішній характер і потребують системного відстеження та реагування . До основних стратегій управління ризиками належать:

- прийняття ризику;
- уникнення ризику;
- зменшення впливу;
- передача ризику іншим суб’єктам.

Четвертим єтапом є ***моніторанг та оцінка проєкту***.

Моніторинг проєкту

Моніторинг визначається як регулярне відстеження ходу реалізації проєкту та збір даних відповідно до встановлених критеріїв . Він здійснюється протягом усього життєвого циклу проєкту – від планування до завершення.

Метою моніторингу є:

- виявлення відхилень від плану;
- своєчасне реагування на проблеми;
- забезпечення обґрунтованості управлінських рішень;
- підвищення ефективності реалізації проєкту.

Моніторинг базується на використанні критеріїв ефективності, які поділяються на:

- ***змістовні*** (що саме реалізується, які результати досягаються);
- ***процесуальні*** (як реалізується діяльність, за яких умов).

Для збору даних застосовуються різноманітні інструменти: анкети, інтерв’ю, спостереження, звіти, зворотний зв’язок від бенефіціарів і партнерів .

Оцінювання проєкту

Оцінювання є процесом визначення того, чи призвела реалізація проєкту до запланованих змін, а також аналізу ефективності, результативності та впливу діяльності .

Оцінювання дозволяє відповісти на ключові питання:

– чи досягнуто поставлених цілей;
– наскільки ефективно використано ресурси;
– який соціальний вплив має проєкт;
– чи є досягнуті результати сталими.

Основні види оцінювання:

– початкове (на етапі планування);
– поточне (у процесі реалізації);
– підсумкове (після завершення проєкту);
– відкладене (через певний час після завершення для оцінки сталості результатів).

Оцінювання виходить за межі простого порівняння плану і фактичних результатів та спрямоване на аналіз змін у житті бенефіціарів і громад.

Теорія змін як основа оцінювання

Важливим методологічним інструментом у розробці та реалізації соціальних проєктів є теорія змін, яка дозволяє системно описати логіку втручання та обґрунтувати очікувані результати. Теорія змін відображає причинно-наслідкові зв’язки між ресурсами, видами діяльності та соціальними ефектами, які передбачається досягти внаслідок реалізації проєкту.

У контексті соціальної роботи теорія змін виконує декілька ключових функцій:

– забезпечує логічну узгодженість між проблемою, цілями та заходами;
– допомагає визначити, які саме зміни мають відбутися у житті бенефіціарів;
– слугує основою для формування системи моніторингу та оцінювання;
– підвищує обґрунтованість проєктних рішень для донорів та партнерів.

Теорія змін включає такі взаємопов'язані елементи:

- ***Input (внесок)*** – ресурси;
- ***Activity (діяльність)*** – заходи;
- ***Output (продукт)*** – безпосередні результати;
- ***Outcome (результат)*** – зміни у поведінці чи стані;
- ***Impact (вплив)*** – довгострокові соціальні зміни.

Input (внесок) – ресурси

Внесок охоплює всі ресурси, які залучаються для реалізації соціального проєкту:

- людські (соціальні працівники, психологи, волонтери, експерти);
- фінансові (грантові кошти, бюджетні ресурси, донорська підтримка);
- матеріально-технічні (приміщення, обладнання, транспорт);
- інформаційні та методичні (програми, стандарти, навчальні матеріали);
- партнерські ресурси ***(співпраця з органами влади, НУО, громадами).***

У соціальних проєктах важливо враховувати не лише обсяг ресурсів, але й їхню доступність, сталість та ефективність використання.

Activity (діяльність) – заходи

Діяльність включає конкретні дії та заходи, які реалізуються в межах проєкту:

- проведення тренінгів, консультацій, груп підтримки;
- надання соціальних послуг (догляд, супровід, реабілітація);
- інформаційно-просвітницька діяльність;
- створення сервісів або інфраструктури (центри допомоги, онлайн-платформи);
- координація взаємодії між стейкхолдерами.

Важливо, щоб діяльність була безпосередньо пов'язана з визначеними проблемами та орієнтована на досягнення конкретних змін.

Output (продукт) – безпосередні результати

Продуктом є короткострокові, вимірювані результати реалізації діяльності:

- кількість проведених заходів;
- кількість залучених учасників;
- кількість наданих послуг;
- створені матеріали або сервіси.

У соціальних проєктах показники output мають переважно кількісний характер, однак вони не відображають глибини змін, а лише фіксують факт здійснення діяльності.

Outcome (результат) – зміни у поведінці чи стані

Результати відображають реальні зміни, що відбуваються у цільової аудиторії:

- підвищення рівня знань і компетентностей;
- зміна поведінкових моделей;
- покращення психоемоційного стану;
- зростання рівня соціальної адаптації;
- підвищення доступу до послуг.

У соціальній сфері саме outcomes є ключовим показником ефективності, оскільки демонструють, наскільки проєкт сприяв вирішенню проблеми.

Impact (вплив) – довгострокові соціальні зміни

Вплив характеризує стратегічні, довготривалі зміни, які відбуваються на рівні громади або суспільства:

- зниження рівня соціальної вразливості;
- покращення якості життя населення;
- зміцнення соціальної згуртованості;
- розвиток системи соціальних послуг;
- формування нових соціальних практик та політик.

Вплив зазвичай проявляється через певний час після завершення проєкту і залежить не лише від самого проєкту, але й від зовнішніх факторів.

Таким чином, у соціальних проєктах теорія змін дозволяє перейти від формального виконання заходів до усвідомленого досягнення соціального ефекту. Вона допомагає відповісти на ключове питання: не лише «що було зроблено», а «які зміни це спричинило».

Таким чином, використання теорії змін сприяє:

- підвищенню якості проєктного планування;
- обґрунтованому вибору індикаторів оцінювання;
- прозорості та підзвітності перед донорами;
- орієнтації на довгостроковий соціальний вплив.

Завершення проєкту

Завершальний етап передбачає підбиття підсумків та формалізацію результатів діяльності.

Основні дії на етапі завершення:

- підготовка підсумкового звіту;
- аналіз досягнутих результатів і впливу;
- передача напрацювань і рекомендацій;
- презентація результатів зацікавленим сторонам;
- офіційне закриття проєкту.

Таким чином, ефективне управління соціальним проєктом передбачає послідовну реалізацію взаємопов’язаних етапів – від ініціювання до завершення. Особливе значення має інтеграція системи моніторингу та оцінювання, яка забезпечує не лише контроль за реалізацією діяльності, а й дозволяє оцінити реальний соціальний вплив проєкту та його внесок у розвиток громади.

Стейкхолдери соціального проєкту та механізми взаємодії

Зацікавлені сторони (стейкхолдери) – це особи або організації, які можуть впливати на проєкт або перебувати під його впливом. У соціальному проєкті коло стейкхолдерів є надзвичайно широким (табл. 2.10.).

Для ефективної роботи створюється Реєстр зацікавлених сторін, де фіксуються їхні очікування та рівень впливу. Взаємодія може відбуватися на різних рівнях: від простого інформування через ЗМІ до повноцінного партнерства у прийнятті рішень. В умовах територіальних громад особливої ваги набуває залучення самих мешканців до розробки проєктів, що забезпечує їхню тривалість та стійкість.

Таблиця 2.10.

Інтереси та роль стейкхолдерів у проєкті

Група стейкхолдерів	Інтереси та роль у проєкті
Бенефіціари	Отримання якісної допомоги, соціальна інтеграція.[1]
Донори / Спонсори	Прозорість використання коштів, досягнення запланованого соціального ефекту.[1]
Місцева влада	Вирішення локальних проблем, виконання державних зобов'язань.[1]
Громадськість	Контроль за діяльністю, волонтерська підтримка.[1]
Бізнес	Корпоративна соціальна відповідальність (КСВ), партнерство.[1]

Фінансування, фандрайзинг та краудфандинг у соціальній сфері

Пошук ресурсів є одним із найскладніших завдань для менеджера соціального проєкту. Основним джерелом фінансування в Україні залишаються державні субвенції, міжнародні гранти та благодійні внески. Однак сучасні проєкти все частіше використовують гібридні моделі фінансування.

Основні інструменти залучення коштів

- ***Грант-менеджмент*** – підготовка та подача заявок до міжнародних фондів (ПРООН, USAID) вимагає суворого дотримання вимог до звітності.
- ***Фандрайзинг*** – систематична діяльність із пошуку ресурсів від приватних донорів та корпорацій. Тут важливим є створення «історії успіху» для залучення нових партнерів.
- **Краудфандинг** – збір мікропожертв через онлайн-платформи для конкретних ініціатив (наприклад, облаштування інклюзивного майданчика).
- **Соціальне підприємництво** – створення бізнесу, прибуток від якого йде на підтримку статутної діяльності НГО. Це забезпечує фінансову незалежність проєкту.

У 2024–2025 роках в Україні активно працюють програми підтримки ветеранів та ВПО, що надають гранти на розвиток власної справи (програма «Зроблено в Україні»). За два роки підприємці отримали кредитів на 198 млрд грн, значна частина яких спрямована на проєкти в прифронтових регіонах.

Основні способи залучення зовнішніх фінансових ресурсів для соціальних проєктів включають:

– ***Гранти від державних та міжнародних організацій***. Грантове фінансування надається державними, приватними та міжнародними фондами, які підтримують соціальні ініціативи. Вони можуть мати різну спрямованість від підтримки територіальних громад до розвитку екологічних проєктів або допомоги вразливим групам населення. Конкурс на отримання грантів зазвичай вимагає детального обгрунтування та планування проєкту.

– ***Пожертвування від благодійних фондів та приватних осіб***. Пожертвування є одним із основних джерел фінансування соціальних ініціатив. Благодійні організації та приватні донори надають кошти на проєкти, спрямовані на розв'язання суспільно важливих питань, таких як освіта, охорона здоров'я, підтримка малозабезпечених сімей тощо.

– ***Краудфандинг***. Залучення коштів через краудфандингу дозволяє отримати фінансування від широкої аудиторії за рахунок невеликих внесків. Цей спосіб є ефективним для проєктів, які можуть отримати підтримку громади або викликати інтерес у великої кількості людей.

– ***Соціальні інвестиції***. Деякі інвестори готові вкладати кошти в соціальні проєкти з перспективою не лише фінансового прибутку, але й соціального впливу. Соціальні інвестиції популярні в сферах сталого розвитку, освіти, екології, адже вони націлені на довготривалі зміни в суспільстві.

– ***Позикове фінансування***. Соціальні проєкти також можуть залучати кредити або інші форми позикового капіталу від банків чи спеціалізованих фінансових установ. Хоча позики потребують повернення з відсотками, вони надають можливість швидко отримати значні кошти для реалізації ініціативи.

– ***Цільові державні програми та субсидії***. Державні органи часто надають фінансування у вигляді субсидій або підтримки через спеціалізовані програми. Це фінансування зазвичай доступне для проєктів, що відповідають пріоритетам соціальної політики, і включає підтримку освітніх, культурних, медичних та інших соціально значущих ініціатив.

Кожен із цих способів має свої переваги та обмеження, тому вибір джерела зовнішнього фінансування залежить від потреб, цілей та масштабів соціального проєкту. Такі види зовнішнього фінансування є важливими інструментами для розширення ресурсної бази підприємства, дозволяючи реалізовувати масштабні ініціативи, впроваджувати інновації та здійснювати оновлення матеріально-технічної бази. При цьому важливо обирати найбільш вигідний тип зовнішнього капіталу, враховуючи умови повернення, ризики та потреби в капіталовкладеннях для досягнення стабільності та зростання.

2.4. Якість соціальних послуг: оцінка та забезпечення

Якість соціальних послуг є однією з центральних категорій сучасного менеджменту соціальної роботи, що визначає ступінь відповідності наданих послуг потребам та очікуванням їх отримувачів, а також встановленим нормам і стандартам. В умовах реформування системи соціального захисту в Україні проблема забезпечення якості соціальних послуг набуває особливої актуальності, оскільки від неї безпосередньо залежить ефективність соціальної політики держави та рівень благополуччя вразливих верств населення. Як зазначає А. Донабедіан (Donabedian, 1980), якість послуг у соціальній та медичній сфері може бути оцінена через три взаємопов’язані виміри: структуру (ресурси та умови надання послуг), процес (безпосереднє надання послуг) та результат (наслідки для отримувачів). Ця тріада залишається фундаментальною основою для побудови систем оцінки якості соціальних послуг у більшості країн світу.

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» (2019), соціальні послуги мають надаватися згідно з державними стандартами, що визначають зміст, обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання послуг, а також показники їхньої якості (стаття 17). Забезпечення якості соціальних послуг є комплексним завданням, що охоплює стандартизацію, моніторинг, оцінювання, супервізію персоналу, управління якістю та залучення клієнтів до процесів оцінки.

Для забезпечення єдиного розуміння ключових категорій, що використовуються у контексті якості соціальних послуг, необхідно визначити базовий понятійний апарат. Основні терміни закріплені у статті 1 Закону

України «Про соціальні послуги» від 17 січня 2019 року № 2671-VIII (зі змінами), а також у наукових працях вітчизняних і зарубіжних дослідників.

Соціальні послуги – це дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для осіб/сімей, які в них перебувають (Закон України «Про соціальні послуги», 2019, ст. 1). Соціальні послуги надаються відповідно до державних стандартів надавачами державного, комунального та недержавного секторів.

Якість соціальних послуг – це сукупність характеристик послуги, що визначають її здатність задовольняти встановлені та очікувані потреби отримувачів. У тріадній моделі А. Донабедіана (Donabedian, 1966, 1980) якість розглядається через три взаємопов'язані виміри: структурну якість (кваліфікація персоналу, матеріально-технічна база, нормативне забезпечення), процесну якість (дотримання стандартів та процедур надання послуг) та результатну якість (реальні зміни у стані та ситуації отримувачів).

Оцінка якості соціальних послуг – результат показників якості наданої соціальної послуги (ст. 1 Закону України «Про соціальні послуги»). За Е. Гембріл (Gambrill, 2006), оцінка якості соціальних послуг має ґрунтуватися на доказовому підході, що передбачає систематичне використання найкращих наявних наукових даних для прийняття рішень щодо вдосконалення послуг.

Показники якості соціальних послуг – сукупність індикаторів, що використовуються для оцінювання процесу та результатів діяльності надавача соціальних послуг на відповідність встановленим вимогам та результативності соціальних послуг щодо профілактики складних життєвих обставин, подолання або мінімізації їх негативних наслідків для осіб/сімей, які перебувають у таких обставинах (ст. 1 Закону).

Отримувачі соціальних послуг – особи/сім'ї, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах, яким надаються соціальні послуги (ст. 1 Закону). Закон визначає складні життєві обставини як обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самостійно.

Надавачі соціальних послуг – юридичні та фізичні особи, у тому числі фізичні особи – підприємці, внесені до Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг (ст. 1 Закону у редакції 2025 року). Надавачі соціальних послуг можуть бути державного, комунального та недержавного секторів.

Вразливі групи населення – особи/сім'ї, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників (ст. 1 Закону).

Державний стандарт соціальної послуги – нормативний документ, що встановлює вимоги щодо забезпечення необхідного рівня доступності соціальних послуг на кожному етапі їх надання, визначає зміст та обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання соціальних послуг, а також показники їхньої якості (ст. 17 Закону).

Моніторинг надання соціальних послуг – систематичне відстеження процесу надання соціальних послуг з метою визначення відповідності наданих послуг державним стандартам та потребам їх отримувача (Постанова КМУ від 01.06.2020 № 449). Порядок проведення моніторингу передбачає як внутрішній (здійснюється надавачем послуг), так і зовнішній (здійснюється уповноваженими органами) контроль.

Супервізія у соціальній роботі – професійна підтримка працівників, метою якої є подолання професійних труднощів, аналіз та усунення недоліків, стимулювання мотивації, дотримання стандартів та етичних норм, запобігання професійному вигоранню (Методичні рекомендації Мінсоцполітики щодо супервізії). За К. Кадушиним (Kadushin & Harkness, 2014), супервізія виконує три основні функції: адміністративну, навчальну та підтримуючу.

Оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах – аналіз належності особи/сім'ї до вразливих груп населення, її складних життєвих обставин та визначення індивідуальних потреб особи/сім'ї, переліку та обсягу соціальних послуг, яких потребує особа/сім'я (ст. 1 Закону).

Ведення випадку (case management) – метод надання соціальних послуг, який передбачає виконання послідовних дій, спрямованих на оцінювання наявності/відсутності складних життєвих обставин або ризику потрапляння у них та вирішення індивідуального випадку щодо виведення особи/сім'ї із складних життєвих обставин (ст. 1 Закону у редакції 2025 року). Цей метод передбачає взаємодію соціального менеджера, фахівця з соціальної роботи, соціального працівника та отримувача послуг.

Забезпечення найкращих інтересів отримувачів соціальних послуг – дії та рішення, спрямовані на задоволення індивідуальних потреб отримувачів відповідно до віку, статі, стану здоров'я, особливостей розвитку, життєвого досвіду та іншої належності, з урахуванням думки отримувачів послуг (ст. 1 Закону).

Управління якістю (Quality Management) – координована діяльність з керівництва та управління організацією стосовно якості (ISO 9000:2015). У контексті соціальних послуг управління якістю охоплює планування якості, забезпечення якості, контроль якості та постійне вдосконалення. Концепція загального управління якістю (TQM), розроблена У. Е. Демінгом (Deming, 1986), Дж. Джураном (Juran, 1988) та Ф. Кросбі (Crosby, 1979), наголошує на залученні всіх працівників до процесів безперервного вдосконалення.

Наведені визначення формують концептуальний каркас для аналізу якості соціальних послуг у подальших підрозділах та відображають сучасний стан нормативно-правового забезпечення цієї сфери в Україні.

Система стандартизації соціальних послуг в Україні формувалася поступово, починаючи з прийняття Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000), який визначив загальні засади встановлення нормативів у сфері соціального захисту. Стаття 8 цього Закону передбачає встановлення державних соціальних нормативів у сфері надання соціальних послуг, включаючи перелік і обсяг послуг, норми та нормативи їх надання, а також показники якості. Принципово новий етап розпочався із прийняттям Закону України «Про соціальні послуги» (2019), який запровадив чітку систему державних стандартів соціальних послуг як основу для забезпечення їх якості.

Державний стандарт соціальної послуги, згідно зі статтею 17 Закону, встановлює вимоги щодо забезпечення необхідного рівня доступності послуг на кожному етапі їх надання, визначає зміст та обсяг, норми і нормативи, умови та порядок надання, а також показники якості. Станом на сьогодні в Україні затверджено понад 16 державних стандартів надання соціальних послуг, серед яких стандарти догляду вдома (Наказ Мінсоцполітики від 13.11.2013 № 760 зі змінами), стаціонарного догляду (Наказ від 29.02.2016 № 198), денного догляду (Наказ від 30.07.2013 № 452), соціального супроводу сімей, кризового та екстреного втручання тощо.

Кожен *державний стандарт містить кілька ключових компонентів*:

- визначення соціальної послуги та її цільової групи;
- перелік заходів, що становлять зміст послуги;
- вимоги до персоналу (кваліфікація, компетенції, чисельність);
- вимоги до матеріально-технічного забезпечення;

– показники якості надання послуги; механізми моніторингу та контролю дотримання стандарту.

Як зазначають І. Іванова та М. Чайковський (2013), впровадження державних стандартів соціальних послуг стало важливим кроком на шляху до забезпечення єдиних вимог до якості послуг незалежно від форми власності надавача.

Поряд із державними стандартами важливу роль відіграють специфікації соціальних послуг, які, відповідно до частини 4 статті 17 Закону, застосовуються у разі відсутності затвердженого державного стандарту. Специфікація визначає зміст та обсяг послуги і затверджується центральним органом виконавчої влади або встановлюється уповноваженими органами системи надання соціальних послуг. Водночас, слід зазначити, що стандарти якості соціальних послуг в Україні перебувають у процесі постійного вдосконалення, зокрема з урахуванням європейських підходів, таких як European Quality in Social Services (EQUASS), та рекомендацій Ради Європи щодо послуг для людей з інвалідністю та людей похилого віку.

Оцінка якості соціальних послуг є складним багатовимірним процесом, що потребує застосування різноманітних методів та інструментів. Основою для побудови системи оцінки в Україні є Порядок проведення моніторингу надання та оцінки якості соціальних послуг, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 449, а також Методичні рекомендації з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг, затверджені Наказом Мінсоцполітики від 27.12.2013 № 904.

Відповідно до зазначених нормативних документів, моніторинг та оцінка проводяться з метою: визначення відповідності наданих соціальних послуг державним стандартам та потребам їх отримувача; забезпечення надання населенню гарантованих державою якісних послуг; удосконалення діяльності з організації та надання послуг; підготовки звітів та планування подальшої роботи з розвитку системи надання соціальних послуг; формування державної політики у сфері соціальних послуг.

Класична модель оцінки якості послуг А. Донабедіана (Donabedian, 1966, 1980), адаптована до соціальної сфери, передбачає оцінювання за трьома вимірами. Структурна оцінка спрямована на аналіз ресурсного забезпечення надавача послуг: кваліфікації персоналу, матеріально-технічної бази, наявності необхідної документації та нормативного забезпечення. Процесна оцінка

досліджує безпосередній процес надання послуг: дотримання стандартів та процедур, якість взаємодії з клієнтами, своєчасність та повноту виконання запланованих заходів. Результатна оцінка фокусується на досягнутих змінах у стані та ситуації отримувачів послуг: покращенні їхнього фізичного, психологічного чи соціального стану, рівні задоволеності послугами.

Серед конкретних методів збору даних для оцінки якості дослідники та практики виокремлюють кілька основних груп. Перша група – документальні методи: аналіз нормативної та організаційної документації надавача послуг, вивчення особових справ клієнтів, перевірка індивідуальних планів надання послуг. Друга група – спостереження за процесом надання послуг, що дозволяє безпосередньо оцінити якість взаємодії працівника з клієнтом. Третя група – опитувальні методи: анкетування та інтерв'ювання отримувачів послуг, їхніх законних представників, а також працівників, які надають послуги. Як зазначають С. Щербань, Р. Шейко та Г. Левкіна (2017), для отримання якісних показників моніторингу передбачається проведення додаткових досліджень, анкетувань та соціологічних опитувань, у тому числі шляхом залучення закладів вищої освіти та наукових установ.

У міжнародній практиці широко застосовується модель SERVQUAL, розроблена А. Парасураманом, В. Цейтамлем та Л. Беррі (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985, 1988), яка оцінює якість послуг за п'ятьма вимірами: відчутність (tangibles) – матеріальні прояви якості; надійність (reliability) – здатність надавати послугу точно та вчасно; чуйність (responsiveness) – готовність допомогти; впевненість (assurance) – компетентність та ввічливість; емпатія (empathy) – індивідуальна увага до клієнта. Хоча ця модель була розроблена для комерційного сектору, її адаптовані версії успішно застосовуються і в соціальній сфері для вимірювання розриву між очікуваннями клієнтів та їхнім сприйняттям фактично отриманих послуг.

Дослідження Ю. Горемикіної (2016), опубліковане у журналі «Демографія та соціальна економіка», пропонує комплексну модель моніторингу та оцінювання якості та ефективності соціальних послуг, що включає експертне оцінювання, аналіз ресурсного забезпечення організацій-надавачів та залучення до процесу оцінки як отримувачів послуг, так і працівників, які їх надають. Авторка обґрунтовує, що запропонований підхід може бути включений у загальну систему моніторингу на всіх управлінських рівнях – від конкретного закладу до Міністерства соціальної політики України.

Супервізія є одним із ключових інструментів забезпечення якості соціальних послуг, що одночасно виконує функції професійної підтримки, навчання та контролю. Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо супервізії працівників, які надають соціальні послуги», супервізія визначається як професійна підтримка, метою якої є подолання професійних труднощів, аналіз та усунення недоліків, вдосконалення організації роботи, стимулювання мотивації до професійної діяльності, дотримання стандартів надання послуг та етичних норм, запобігання виникненню професійного вигорання та забезпечення емоційної підтримки.

У класичному розумінні, за К. Кадушиним (Kadushin & Harkness, 2014), супервізія у соціальній роботі виконує три основні функції: адміністративну (забезпечення відповідності роботи стандартам та процедурам організації), навчальну (сприяння професійному розвитку працівника) та підтримуючу (допомога у подоланні стресу та емоційних труднощів). Модель «семіфокусної супервізії» П. Хоукінса та Р. Шохета (Hawkins & Shohet, 2012) пропонує ширший погляд, розглядаючи супервізійний процес як взаємодію кількох систем: терапевтичної (клієнт–працівник), супервізійної (працівник–супервізор) та організаційної.

За дослідженнями І. Астремської (2024), узагальненими в монографії «Супервізія: профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги», супервізія є дієвим інструментом не лише професійного розвитку, а й збереження психоемоційного здоров’я працівників. Авторка систематизує концептуальні підходи до реалізації супервізії та виокремлює специфічні вимоги до її впровадження: ролі та стилі супервізора, фокуси та функції супервізії в різних контекстах.

Дослідження, проведене Міжнародним центром розвитку лідерства (МЦРЛ, 2023), показало, що регулярна супервізійна підтримка знижує ризик емоційного вигорання соціальних працівників на 23,3% та вторинного травматичного стресу на 26,7%. Ці дані підтверджуються дослідженням Н. Островської (2023), яка на базі Благодійного фонду «Карітас-Хмельницький УГКЦ» довела, що впровадження систематичної супервізії, зокрема тренінгової програми формування стресостійкості, суттєво підвищує рівень сформованості стресостійкості соціальних працівників.

За результатами дослідження Zagoriy Foundation (2023), у 35% опитаних працівників благодійного сектору України виявлено професійне вигорання на

стадії формування, а ще 36% мають вже сформований стан вигорання. О. Бутиліна та К. Бугай (2023) дослідили специфіку професійного вигорання фахівців із соціальної роботи в умовах воєнного стану, підтвердивши критичну потребу у системній супервізії як елементі управління якістю послуг. Як зазначає К. Маслач (Maslach & Leiter, 2016), професійне вигорання, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності, безпосередньо загрожує якості послуг, які надаються клієнтам.

В Україні супервізія набуває дедалі більшого поширення як обов'язковий компонент системи забезпечення якості соціальних послуг. Дослідження О. Безпалько, А. Будник, І. Грига, О. Іванова, Т. Семигіної, Г. Попович та інших вітчизняних вчених заклали теоретичне підґрунтя для впровадження різних моделей супервізії у практику соціальних служб України. Важливою вимогою є те, що супервізор має мати досвід як проведення супервізії, так і практичної роботи у соціальній сфері.

Управління якістю соціальних послуг являє собою систему процедур, інструментів та управлінських рішень, спрямованих на забезпечення відповідності послуг встановленим стандартам, постійне їх вдосконалення та задоволення потреб отримувачів. Концептуальною основою управління якістю у соціальній сфері слугує філософія загального управління якістю (Total Quality Management – TQM), що виникла у промисловому секторі завдяки працям У. Е. Демінга (Deming, 1986), Дж. Джурана (Juran, 1988) та Ф. Кросбі (Crosby, 1979), а згодом була адаптована для організацій соціальних послуг.

TQM у контексті соціальних послуг базується на кількох ключових принципах: орієнтація на клієнта як визначальний фактор якості; залучення всіх працівників до процесів забезпечення якості; процесний підхід до управління; прийняття рішень на основі даних; постійне вдосконалення (кайдзен). Як зазначає М. Мартін (Martin, 1993) у роботі «Total Quality Management in Human Service Organizations», адаптація TQM для організацій соціальних послуг потребує особливої уваги до визначення «клієнта» (оскільки у соціальній сфері клієнтами можуть бути і безпосередні отримувачі послуг, і громада, і державні замовники) та до специфіки вимірювання результатів.

Одним із центральних інструментів управління якістю є цикл Демінга «Плануй – Дій – Перевіряй – Коригуй» (Plan–Do–Check–Act, PDCA), який забезпечує системний підхід до постійного вдосконалення процесів. У контексті соціальних послуг цей цикл передбачає: планування заходів із забезпечення якості на основі аналізу потреб та стандартів; реалізацію запланованих дій;

перевірку результатів через моніторинг та оцінку; коригування процесів на основі отриманих даних.

Міжнародні стандарти управління якістю серії ISO 9001 також знаходять застосування в організаціях соціальної сфери. Хоча ці стандарти були розроблені переважно для виробничого та комерційного секторів, їхні принципи – клієнтоорієнтованість, лідерство, залучення працівників, процесний підхід, покращення, прийняття рішень на основі доказів, управління взаємовідносинами – є цілком релевантними для соціальних служб. Європейська модель якості у соціальних послугах EQUASS (European Quality in Social Services) є спеціалізованою системою сертифікації якості, розробленою спеціально для соціального сектору, що базується на принципах лідерства, кадрового забезпечення, прав клієнтів, етики, партнерства, участі та орієнтації на результат.

В Україні управління якістю соціальних послуг реалізується через кілька взаємопов'язаних механізмів. По-перше, це внутрішній моніторинг та оцінка якості, які здійснюються безпосередньо надавачем послуг шляхом самооцінки, аналізу документації, опитування клієнтів та обговорення результатів на робочих нарадах. По-друге, зовнішній моніторинг та оцінка, що проводяться уповноваженими органами відповідно до Постанови КМУ від 01.06.2020 № 449. По-третє, контроль за додержанням вимог Закону «Про соціальні послуги», порядок якого визначений Постановою КМУ від 01.06.2020 № 427. Додатковим інструментом є регулювання тарифів на соціальні послуги (Постанова КМУ від 01.06.2020 № 428), що створює економічні стимули для підвищення якості.

Важливим елементом управління якістю є система документування, яка забезпечує прозорість та відстежуваність процесів надання послуг. Це включає ведення індивідуальних планів надання послуг, журналів обліку, протоколів мультидисциплінарних обговорень, звітів про результати моніторингу. Як зазначають Р. Каплан та Д. Нортон (Kaplan & Norton, 1996), збалансована система показників (Balanced Scorecard) може бути адаптована для соціальних організацій, дозволяючи оцінити діяльність за чотирма перспективами: фінансовою, клієнтською, внутрішніх процесів та навчання й розвитку.

Залучення отримувачів послуг до процесів оцінки якості є фундаментальним принципом сучасної соціальної роботи, що відображає перехід від патерналістської моделі надання послуг до партнерської, клієнтоцентрованої моделі. Як зазначає М. Бересфорд (Beresford, 2012), участь клієнтів (service user involvement) є не лише інструментом оцінки якості, а й

засобом підвищення ефективності послуг та забезпечення прав людини. Ідея участі клієнтів кореспондує з концепцією розширення можливостей (empowerment), яка є однією з центральних у соціальній роботі (Adams, 2008).

В українському законодавстві залучення клієнтів до оцінки послуг передбачено на кількох рівнях. Державні стандарти соціальних послуг зобов'язують надавача здійснювати опитування отримувачів послуг та/або їхніх законних представників з метою отримання інформації та пропозицій стосовно організації та надання послуг. Результати таких опитувань мають обговорюватися під час аналізу діяльності надавача та враховуватися для вдосконалення роботи та підвищення ефективності й якості послуг. Методичні рекомендації з проведення моніторингу та оцінки якості (Наказ № 904) також передбачають проведення анкетувань та соціологічних опитувань клієнтів.

Методи залучення клієнтів до оцінки якості можна класифікувати за ступенем їх участі. На найнижчому рівні це інформування – надання клієнтам інформації про їхні права та стандарти якості. Наступний рівень – консультування, що передбачає збір зворотного зв'язку через анкети, інтерв'ю, фокус-групи та скриньки для скарг та пропозицій. Вищий рівень – партнерство, коли клієнти беруть участь у робочих групах з оцінки якості, у плануванні послуг та формуванні рекомендацій. Найвищий рівень – контроль, за якого клієнти мають реальну владу у прийнятті рішень щодо послуг. За Ш. Арнстейн (Arnstein, 1969), ці рівні відповідають «драбині участі громадян», де нижчі щаблі є формальними, а вищі – реальним розподілом влади.

Практичні інструменти залучення клієнтів включають: структуровані анкети задоволеності; напівструктуровані та глибинні інтерв'ю; фокусовані групові інтерв'ю (фокус-групи); скриньки зворотного зв'язку; включення представників клієнтів до дорадчих рад при надавачах послуг; спільне оцінювання з використанням шкал та візуальних інструментів для осіб з обмеженими можливостями комунікації. Як зазначають С. Щербань, Р. Шейко та Г. Левкіна (2017) у «Посібнику з моніторингу та оцінювання надання соціальних послуг в Україні», вивчення рівня задоволеності клієнтів дозволяє отримати інформацію про реальний стан надання послуг та виявити проблемні аспекти, які не завжди помітні при аналізі документації.

Досвід проведення внутрішнього моніторингу та оцінки якості у територіальних центрах соціального обслуговування України свідчить про зростаючу роль опитувань отримувачів. Так, звіти про результати моніторингу демонструють, що надавачі послуг запроваджують процедуру залучення різних

суб’єктів до оцінки – як працівників, так і отримувачів послуг та їхніх законних представників. Опитування клієнтів проводяться за спеціально розробленими анкетами, а їх результати враховуються при плануванні подальшої роботи та вдосконаленні процесів надання послуг.

Водночас, залучення клієнтів до оцінки якості соціальних послуг в Україні стикається з низкою викликів. По-перше, це проблема соціальної бажаності відповідей: клієнти, які залежать від послуг, можуть завищувати оцінки через побоювання втратити підтримку. По-друге, окремі категорії клієнтів (люди з інтелектуальними порушеннями, люди похилого віку з когнітивними розладами, діти) потребують адаптованих інструментів оцінки. По-третє, існує потреба у формуванні культури участі як серед клієнтів, так і серед працівників соціальних служб. Як зазначає П. Бересфорд (Beresford & Croft, 2004), справжня участь клієнтів потребує не лише формальних процедур, а й зміни владних відносин у системі надання послуг.

Перспективним напрямом розвитку є впровадження підходу «оцінка на основі результатів» (outcomes-based evaluation), який переміщує фокус з процесу надання послуг на реальні зміни у житті клієнтів. За Р. Патоном (Paton, 2003), цей підхід дозволяє оцінити не лише те, чи були надані послуги відповідно до стандартів, а й те, чи справді вони сприяли покращенню ситуації отримувачів – підвищенню їхньої самостійності, інтеграції у громаду, покращенню здоров’я та загального благополуччя.

Таким чином, забезпечення якості соціальних послуг є комплексною управлінською функцією, що інтегрує нормативно-правову базу (державні стандарти та порядки), методологію оцінки (моніторинг, внутрішня та зовнішня оцінка), професійну підтримку персоналу (супервізія), системи управління якістю (TQM, PDCA, ISO, EQUASS) та залучення клієнтів. В умовах продовження реформи системи соціального захисту в Україні, зокрема в контексті воєнного стану та повоєнного відновлення, подальший розвиток системи забезпечення якості соціальних послуг є критично важливим для захисту прав та задоволення потреб вразливих верств населення.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 2.1. Соціальна політика України в умовах євроінтеграції

1. Розкрийте сутність поняття «соціальна політика» та її функції в умовах євроінтеграції.
2. Які ключові нормативно-правові документи визначають євроінтеграційну трансформацію соціальної політики?
3. Охарактеризуйте положення Угоди про асоціацію у сфері соціальної політики та зайнятості.
4. У чому значення Європейської соціальної хартії (переглянутої) для соціальної політики України?
5. Які нововведення запровадив Закон «Про соціальні послуги» (2019)?
6. Розкрийте принцип субсидіарності та його реалізацію в децентралізації соціальної сфери.
7. У чому полягає проблема розриву між законодавчим і фактичним прожитковим мінімумом?
8. Порівняйте основні європейські моделі соціальної політики. Яка найбільш прийнятна для України?
9. Які нові пріоритети соціальної політики з’явилися в умовах воєнного стану?
10. Визначте перспективи розвитку соціальної політики на шляху до членства в ЄС.
11. Що таке деінституціалізація та яке її значення для реформування соціальних послуг?
12. Охарактеризуйте роль громадянського суспільства у реалізації соціальної політики в умовах війни.
13. Які Цілі сталого розвитку безпосередньо пов’язані із соціальною політикою? Як війна вплинула на їх досягнення?
14. Розкрийте сутність соціального діалогу та його роль у формуванні соціальної політики відповідно до європейських стандартів.
15. Що таке «соціальне замовлення» і яке його значення для залучення недержавних надавачів соціальних послуг?

До теми 2.2. Менеджмент соціальної роботи

1. У чому полягає сутність антропоцентричності менеджменту в соціальній сфері?
2. Порівняйте моделі управління змінами (ADKAR та модель Коттера): яка з них є найбільш релевантною для реформування соціальних служб в Україні?
3. Які цифрові інструменти є критично важливими для сучасного кейс-менеджменту?
4. Поясніть концепцію «лідерства-служіння» (servant leadership). Чому вона вважається ефективною для профілактики професійного вигорання?
5. Які специфічні виклики постають перед менеджером соціальної роботи в умовах воєнного стану та поствоєнного відновлення?
6. У чому полягає різниця між стратегічним управлінням та оперативним менеджментом у діяльності громадської організації соціального спрямування?

До теми 2.3. Проєктний менеджмент у соціальній сфері

1. У чому полягає специфіка соціального проєкту порівняно з комерційним проєктом?
2. Які ключові етапи включає життєвий цикл соціального проєкту та яке їх значення?
3. Чому етап ідентифікації проблеми є критичним для успішної реалізації соціального проєкту?
4. Які методи використовуються для аналізу потреб цільової аудиторії у соціальному проєктуванні?
5. У чому полягає сутність логіки змін та які питання вона допомагає вирішити?
6. Яка різниця між поняттями output, outcome та impact у соціальному проєкті?
7. Яку роль відіграє моніторинг у процесі реалізації соціального проєкту?
8. Чим відрізняється моніторинг від оцінювання у проєктній діяльності?
9. Які основні види оцінювання використовуються у соціальних проєктах і на яких етапах вони застосовуються?
10. Яким чином теорія змін сприяє підвищенню ефективності соціального проєкту?

11. Як стандарти управління проєктами (наприклад, PMBOK 7) впливають на організацію соціальних проєктів?

12. Які ризики є найбільш типовими для соціальних проєктів в умовах криз (війна, економічна нестабільність)?

До теми 2.4. Якість соціальних послуг: оцінка та забезпечення

1. Що таке «тріада Донабедіана»? Опишіть три взаємопов’язані виміри оцінки якості послуг.
2. Яке визначення «якості соціальних послуг» дає законодавство та наукова література?.
3. Яку роль відіграють Державні стандарти соціальних послуг? Які ключові компоненти вони містять?.
4. У чому полягає різниця між внутрішнім та зовнішнім моніторингом надання соціальних послуг?.
5. Що таке супервізія в соціальній роботі? Назвіть її три основні функції за К. Кадушиним.
6. Які принципи лежать в основі концепції загального управління якістю (TQM)?.
7. Як працює цикл Демінга (PDCA) у контексті соціальних послуг?.
8. Які існують рівні залучення клієнтів до оцінки якості послуг згідно з «драбиною участі» Ш. Арнстейн?.
9. Які основні виклики виникають при залученні вразливих груп населення до оцінки послуг?

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Організація базових соціальних послуг у новоствореній громаді

Ситуація: Новостворена сільська територіальна громада (населення 12 тис. осіб) отримала повноваження з надання соціальних послуг. У громаді відсутній структурний підрозділ із соціальних питань, немає кваліфікованих

соціальних працівників, значна частина населення – особи похилого віку. Після початку повномасштабної війни у громаді поселилися 800 ВПО.

Завдання: 1) Визначте перелік базових соціальних послуг, які повинна забезпечити ця громада відповідно до Закону «Про соціальні послуги». 2) Розробіть покроковий план створення системи надання соціальних послуг у громаді. 3) Запропонуйте механізми залучення недержавних надавачів. 4) Визначте джерела фінансування.

КЕЙС 2. Ветеран повертається додому

Ситуація: Олександр, 34 роки, демобілізований після 18 місяців служби в ЗСУ. Має поранення нижньої кінцівки (встановлено інвалідність ІІІ групи). До війни працював інженером. Проживає з дружиною та двома дітьми (5 та 8 років). Після повернення відчуває труднощі адаптації: порушення сну, дратівливість, уникає людних місць, конфлікти в сім'ї, не може повернутися на попередню роботу.

Завдання: 1) Визначте потреби Олександра та його сім'ї у соціальних послугах. 2) Розробіть індивідуальний план соціальної реабілітації з урахуванням міждисциплінарного підходу. 3) Визначте нормативно-правову базу, що регулює надання послуг ветеранам. 4) Запропонуйте алгоритм взаємодії з іншими фахівцями (психолог, лікар, юрист, служба зайнятості).

КЕЙС 3. Родина ВПО: інтеграція у нову громаду

Ситуація: Сім'я переселенців із Маріуполя: Ольга (42 р., вчителька), її мати Галина (68 р., потребує постійного догляду через інсульт), двоє дітей (10 та 14 р.). Проживають у тимчасовому модульному містечку. Ольга не може

влаштуватися на роботу, оскільки доглядає за матір'ю. Діти мають труднощі в адаптації до нової школи, 14-річний син відмовляється відвідувати заняття.

Завдання: 1) Визначте складні життєві обставини кожного члена сім'ї. 2) Проведіть оцінювання потреб за методологією ведення випадку. 3) Складіть план надання соціальних послуг із зазначенням конкретних послуг та надавачів. 4) Визначте, які європейські підходи до інтеграції ВПО можна застосувати.

КЕЙС 4. Соціальний діалог на рівні громади

Ситуація: У промисловому місті (населення 85 тис.) найбільше підприємство (2 500 працівників) оголошує про часткове скорочення виробництва та звільнення 400 працівників. Профспілка підприємства звертається до міської ради з вимогою вжити заходів. Серед працівників, які підлягають скороченню, – 45 осіб передпенсійного віку, 30 осіб з інвалідністю, 25 одиноких матерів.

Завдання: 1) Визначте нормативно-правову базу соціального захисту працівників при масових звільненнях (з урахуванням вимог Угоди про асоціацію). 2) Розробіть план дій соціальної служби громади щодо пом'якшення наслідків. 3) Запропонуйте механізми соціального діалогу для вирішення ситуації. 4) Визначте соціальні послуги для найбільш вразливих категорій.

КЕЙС 5. Деінституціалізація: закриття інтернату

Ситуація: Обласна рада приймає рішення про поетапну реорганізацію психоневрологічного інтернату (180 мешканців) відповідно до європейських стандартів деінституціалізації. Частина мешканців має родичів, більшість – ні. Персонал інтернату (85 осіб) побоюється втрати робочих місць. Громадськість міста, де розташований інтернат, висловлює протест.

Завдання: 1) Розробіть концепцію поетапної деінституціалізації з урахуванням Загальноєвропейських рекомендацій. 2) Визначте альтернативні форми проживання та підтримки для мешканців. 3) Запропонуйте план перепідготовки персоналу. 4) Розробіть комунікаційну стратегію для роботи з громадою та подолання стигматизації.

КЕЙС 6. Вибір моделі оцінки

Ситуація: Громадська організація планує розпочати надання послуги «соціальна адаптація» для ветеранів. Державний стандарт для цієї специфічної групи ще перебуває в стані розробки.

Запитання: Яким документом має керуватися організація для забезпечення якості (згідно зі ст. 17 Закону)? Яку модель оцінки (наприклад, SERVQUAL чи EQUASS) ви б порадили впровадити для врахування очікувань клієнтів? Обґрунтуйте.

КЕЙС 7. Синдром професійного вигорання

Ситуація: Під час моніторингу в територіальному центрі виявлено, що 36% соціальних працівників мають сформований стан вигорання. Це призводить до скарг клієнтів на «нечуйність» та формалізм.

Запитання: Які заходи з управління якістю необхідно терміново впровадити? Розкрийте роль супервізії як інструменту подолання цієї проблеми, спираючись на дані досліджень І. Астремської та МЦРЛ.

КЕЙС 8. Проблема соціальної бажаності

Ситуація: Директор закладу провів анкетування серед підопічних стаціонарного відділення. 100% респондентів відповіли, що «повністю задоволені» послугами. Проте при анонімному моніторингу зовнішніми експертами з’ясувалося, що якість харчування та дозвілля є низькою.

Запитання: Чому результати внутрішнього опитування виявилися недостовірними?. Які альтернативні методи залучення клієнтів (крім стандартних анкет) допоможуть отримати реальну картину?

КЕЙС 9. Цифрова трансформація в територіальній громаді

Ситуація: Ви очолюєте відділ соціального захисту населення в громаді, де більшість послуг досі надаються в паперовому вигляді, що призводить до черг та помилок. Бюджет на цифровізацію обмежений, а частина персоналу (старшого віку) висловлює супротив впровадженню нової CRM-системи

Завдання: Розробіть алгоритм впровадження змін, використовуючи методи залучення персоналу та мінімізації супротиву. Які етапи навчання співробітників ви запропонуєте?

КЕЙС 10. Лідерство в умовах кризи

Ситуація: Соціальна установа працює з великим потоком ВПО. Команда працює понаднормово вже 6 місяців, спостерігаються ознаки масового емоційного вигорання, конфлікти всередині колективу та зниження якості обслуговування клієнтів.

Завдання: Як прихильник концепції «лідерства-служіння», запропонуйте план заходів щодо відновлення організаційного клімату та підтримки персоналу без зупинки надання соціальних послуг.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Складіть порівняльну таблицю «Соціальна політика України та країн ЄС» за критеріями: соціальні стандарти, система соціальних послуг, пенсійне забезпечення, зайнятість, антидискримінаційне законодавство. Оберіть 2–3 країни ЄС для порівняння.
2. Проаналізуйте конкретний напрям соціальної політики вашої територіальної громади. Підготуйте SWOT-аналіз за результатами.
3. Підготуйте аналітичну записку (2–3 сторінки) «Імплементація Закону «Про соціальні послуги» у громаді: досягнення та проблеми».

4. Розробіть проєкт рекомендацій для органу місцевого самоврядування щодо впровадження однієї з базових соціальних послуг відповідно до європейських стандартів.

5. Здійсніть порівняльний аналіз ветеранської політики України та країни НАТО/ЄС (Польща, Естонія, Велика Британія – за вибором).

6. Підготуйте презентацію «Цифровізація соціальної сфери: від «Дії» до е-соціальних послуг» (10–12 слайдів).

7. Проведіть міні-дослідження: опитайте 10–15 отримувачів/надавачів соціальних послуг щодо обізнаності з правами за Законом «Про соціальні послуги». Підготуйте звіт.

8. Складіть інфографіку «Шлях України до ЄС: соціальний вимір» за даними Звітів про виконання Угоди про асоціацію.

9. Розробіть кейс-стаді «Організація соціальних послуг для ВПО у територіальній громаді»: опишіть ситуацію, визначте потреби, запропонуйте алгоритм дій соціального працівника.

10. Оберіть реальну соціальну установу (державну або недержавну) та проведіть SWOT-аналіз її системи менеджменту (сильні/слабкі сторони, можливості та загрози).

11. Підготуйте концепцію фандрайзингової кампанії для залучення коштів на облаштування сенсорної кімнати в центрі реабілітації дітей з інвалідністю. Визначте цільову аудиторію та канали комунікації.

12. Складіть перелік із 5-ти ключових м'яких навичок (soft skills), якими має володіти менеджер соціальної роботи у 2026 році, та запропонуйте вправи для їх розвитку в команді.

13. На основі моделі А. Донабедіана розробіть по 3 індикатори для оцінки послуги «догляд вдома» за кожним напрямом:

– **Структура** (наприклад, кваліфікація персоналу).
– **Процес** (наприклад, дотримання графіку візитів).
– **Результат** (наприклад, зміна рівня самостійності клієнта).

14. Складіть коротку анкету (5-7 питань) для отримувача послуги «денний догляд», використовуючи 5 вимірів моделі SERVQUAL (відчутність, надійність, чуйність, впевненість, емпатія).

15. Підготуйте план-схему супервізійної сесії для фахівця, який працює з клієнтами в СЖО, враховуючи адміністративну, навчальну та підтримуючу функції.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ:

1. Чи можливо побудувати скандинавську модель соціальної держави в Україні?
2. Децентралізація соціальних послуг: можливості чи загрози для малих громад?
3. Війна як каталізатор соціальних реформ: чи стане повоєнна Україна більш справедливою?
4. Роль соціального працівника у реалізації євроінтеграційного курсу
5. Ветеранська політика: як уникнути помилок інших країн?» (досвід США, Хорватії, Ізраїлю)
6. Соціальне підприємництво як інструмент соціальної політики: європейський досвід
7. Штучний інтелект та цифровізація у соціальній роботі: етичні виклики та межі
8. Як забезпечити рівний доступ до соціальних послуг у містах та сільських громадах?
9. Чи відповідає рівень соціальних стандартів в Україні вимогам ЄС? Що потрібно змінити?
10. Волонтерство vs професійна соціальна робота: конкуренція чи партнерство?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

До теми 2.1. Соціальна політика України в умовах євроінтеграції

Нормативно-правові акти та міжнародні документи

1. Конституція України : Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР (із змінами). URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр
2. Про соціальні послуги : Закон від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2671-19
3. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон від 05.10.2000 № 2017-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2017-14
4. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон від 20.10.2014 № 1706-VII.

5. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон від 22.10.1993 № 3551-XII.

6. Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні : Закон від 06.09.2012 № 5207-VI.

7. Про соціальний діалог в Україні : Закон від 23.12.2010 № 2862-VI.

8. Угода про асоціацію між Україною та ЄС : ратифіковано Законом від 16.09.2014 № 1678-VII.

9. Європейська соціальна хартія (переглянута) від 03.05.1996 : ратифіковано Законом від 14.09.2006 № 137-V.

10. European Pillar of Social Rights. European Commission, 2017. URL: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1226

Основна література

1. Іванова О. Л. Соціальна політика: теоретичні аспекти. Київ : КМ Академія, 2003. 107 с.

2. Семигіна Т. В. Словник із соціальної політики. Київ : Києво-Могилянська академія, 2005. 253 с.

3. Скуратівський В. А., Палій О. М. Основи соціальної політики. Київ : МАУП, 2002. 200 с.

4. Шевчук П. І. Соціальна політика : навч. посібник. 3-є вид. Львів : Світ, 2005. 400 с.

5. Дутчак А. В. Соціальна політика в Україні. Чернівці : ЧНУ, 2018. 200 с.

6. Попова Т. Л. Соціальна політика України та зарубіжних країн: порівняльний аналіз. Київ : ІДСД НАНУ, 2019. 248 с.

7. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика. 2-е вид. Київ : Знання, 2008. 574 с.

8. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціальної політики України. Київ : НАДУ, 2012. 48 с.

9. Загальноєвропейські рекомендації щодо переходу від інституційного догляду до послуг на рівні громади. Київ, 2013. 170 с.

10. Децентралізація та реформа місцевого самоврядування / за ред. Ю. Ганущака. Київ : DESPRO, 2020. 128 с.

Додаткова література та електронні ресурси

1. Звіт про виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС за 2024 рік. КМУ, 2025. URL: https://www.kmu.gov.ua

2. Як Україна будує європейські стандарти соціального захисту. КМУ, 28.11.2024.

3. Черевко Н. О. Європейська соціальна хартія (переглянута): історія та імплементація в Україні. Вісник НАПРН. 2025. Т. 32, № 1. С. 191–204.

4. Портал «Децентралізація» : соціальні послуги. URL: https://decentralization.gov.ua/social

5. Міністерство соціальної політики : офіційний вебсайт. URL: https://www.msp.gov.ua

6. Спецпроект «Угода про асоціацію Україна–ЄС» / EdEra. URL: https://eu-agreement.ed-era.com

7. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press, 1990. 260 p.

8. Sapir A. Globalisation and the Reform of European Social Models. JCMS. 2006. Vol. 44. No. 2. P. 369–390.

9. Ferrera M. The Boundaries of Welfare. Oxford University Press, 2005. 320 p.

10. Аналітичний центр «CEDOS» : дослідження соціальної сфери. URL: https://cedos.org.ua

11. Програма «Зміцнення соціального захисту в Україні» Ради Європи. URL: https://www.coe.int

12. Платформа соціальних послуг «Дія». URL: https://diia.gov.ua

До теми 2.2. Менеджмент соціальної роботи

Нормативно-правові акти

1. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січ. 2019 р. № 2671-VIII : станом на 2025 р.. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19.

2. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 5 жовт. 2000 р. № 2017-III.

3. Про затвердження Порядку проведення моніторингу надання та оцінки якості соціальних послуг : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 черв. 2020 р. № 449.

4. Порядок здійснення контролю за додержанням вимог Закону України «Про соціальні послуги» : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 черв. 2020 р. № 427.

5. Про затвердження Методичних рекомендацій з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 27 груд. 2013 р. № 904.

6. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо супервізії працівників, які надають соціальні послуги : Наказ Міністерства соціальної політики України.

7. ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги.

Наукова та навчальна література

1. Астремська І. Супервізія: профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги : монографія. 2024..

2. Бутиліна О., Бугай К. Специфіка професійного вигорання фахівців із соціальної роботи в умовах воєнного стану. 2023..

3. Горемикіна Ю. Комплексна модель моніторингу та оцінювання якості та ефективності соціальних послуг. *Демографія та соціальна економіка*. 2016..

4. Колбіна Л. Теорія та практика менеджменту у соціальній сфері : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2017. 245 с.

5. Менеджмент соціальної роботи : підручник / О. Надвинична, В. Красномовець, О. Пришляк, О. Скальська та ін. Тернопіль : ТНЕУ, 2023. 350 с.

6. Освітньо-наукова програма «Соціальна робота. Соціальна реабілітація» другого (магістерського) рівня вищої освіти / ДЗВО «Університет менеджменту освіти». Київ, 2024. 42 с.

7. Островська Н. Формування стресостійкості соціальних працівників засобами супервізії. 2023..

8. Посібник з моніторингу та оцінювання надання соціальних послуг в Україні / С. Щербань, Р. Шейко, Г. Левкіна та ін. 2017..

9. Adams R. Empowerment, Participation and Social Work. 2008..

10. Arnstein S. R. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*. 1969..

11. Beresford M. Service user involvement in social work. 2012..

12. Change management models and methods: implementing innovations, ensuring sustainability and engaging staff / V. Chychun, O. Grechanyk, T.

Khliebnikova, O. Temchenko, H. Kravchenko. Revista De Gestão E Secretariado (Management and Administrative Professional Review). 2023. Vol. 14, No. 10. P. 16484–16506. DOI: https://doi.org/10.7769/gesec.v14i10.2792.

13. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. 1980..

14. European Quality in Social Services (EQUASS). Excellence in Social Services. URL: https://www.equass.be/.

15. Gambrill E. Evidence-Based Practice in Social Work. 2006..

16. Hawkins P., Shohet R. Supervision in the Helping Professions. 2012..

17. Kadushin A., Harkness D. Supervision in Social Work. 2014..

18. Kaplan R., Norton D. The Balanced Scorecard. 1996..

19. Martin M. Total Quality Management in Human Service Organizations. 1993..

20. Maslach C., Leiter M. Understanding the burnout experience. 2016..

21. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 1985..

22. Paton R. Managing and Measuring Social Enterprises. 2003..

23. Senge P. M. The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization. 2nd ed. New York : Doubleday, 2006. 445 p.

24. Servant leadership, procedural justice climate, service climate, and unit-level outcomes / F. O. Walumbwa, C. A. Hartnell, A. Oke. Journal of Applied Psychology. 2010. Vol. 95, No. 3. P. 517–529. DOI: https://doi.org/10.1037/a0018447.

Проєктний менеджмент у соціальній сфері

1.

2. Бахур Н. В. Краудфандинг та краудсорсинг як інструменти стимулювання розвитку регіонів та громад. Ефективна економіка. 2021. № 9. DOI : 10.32702/2307-2105-2021.9.85

3. Блага Н. В. Управління проєктами: навч. посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 152 с. URL: http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3870

4. Вдосконалення соціальних послуг в об’єднаних територіальних громадах: посібник підготовлений на основі навчальних матеріалів проєкту

«Соціальні послуги в громадах – підтримка реформи соціальної політики в Україні», реалізованого Фондом міжнародної солідарності. 2019. 57 с. URL : https://solidarityfund.org.ua/biblioteka/soczialni-poslugy/vdoskonalennya-soczialnyh-poslug-v-obyednanyh-terytorialnyh-gromadah/

5. Лопушняк Г.С., Василик А.В. Концептуальні основи управління соціальними проєктами. Актуальні проблеми економіки. 2024. № 4 (274). С. 210–220. DOI : 10.32752/1993-6788-2024-1-274-210-220

6. Махиня Т. А. Комунікації закладу загальної середньої освіти у соціальних мережах: переваги, проблеми та можливості. Критичне мислення в епоху токсичного контенту: зб. ст Восьмої міжнародної науково-методичної конференції. Київ. Центр Вільної Преси, Академія української преси. 2020. С. 256-264. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722055

7. Махиня Т. А. Управління закладом освіти в епоху крауд-технологій. Тенденції та проблеми управління закладами освіти: виклики XXI століття: кол.монографія / за наук.ред.М.О.Кириченка. Київ, 2021. С. 84-94. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736735/

8. Махиня Т. А. Цифрові інструменти для командної співпраці в управлінні соціальними проєктами. *Позиціонування закладів освіти на ринку освітніх послуг в умовах воєнного стану*: Матеріали Всеукраїнського науково-методологічного семінару 29 жовтня 2021 р. Київ – Бориспіль: ДЗВО «Університет менеджменту освіти». 2021, 243 с. С. 111-115. URL: http://umo.edu.ua/materiali-konferencij-nimp

9. Махиня Т. А. Визначення сильних і слабих сторін діяльності навчального закладу у процесі дослідження його внутрішнього середовища. Народна освіта. Науково-методичний електронний педагогічний журнал. 2015. № 3 (27). URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719332

10. Махиня Т. А. Використання соціальних медіа в освітньому event-менеджменті. Практична медіаграмотність: міжнародний досвід та українські перспективи: зб. ст. П’ятої міжнародної науково-методичної конференції. Київ. Центр Вільної Преси, Академія української преси. 2017. С. 244-253 URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719573

11. Махиня Т. А. Висвітлення діяльності закладу освіти у соціальних мережах : особливості підготовки медіатекстів. Практична медіаграмотність: міжнародний досвід та українські перспективи: зб. ст Шостої міжнародної науково-методичної конференції. Київ. Центр Вільної Преси, Академія української преси. 2018. С. 211-219. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719542

12. Махиня Т. А. Трансформація цінностей учасників освітнього процесу у віртуальній культурі соціальних мереж. Теорія та методика управління освітою. Електронне наукове фахове видання. 2017. Вип. 2 (20). URL : http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/metod_upr_osvit/v2_17/%D0%9C%D0%B0%D1%85%D0%B8%D0%BD%D1%8F.pdf

13. Методичні рекомендації. Соціальне проєктування. Для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти денної та заочної форм навчання спеціальності «Соціальна робота». Харків: ХНПУ імені Г.С. Сковороди, 2023. 54 с. URL :https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/33b591f7-a4e8-412f-ae17-7f94ab107250/content

14. Проєктний менеджмент для інноваційного розвитку освітніх організацій України: навч. посіб. для підготовки магістрів за спеціалізаціями «Управління навчальним закладом» та «Управління проєктами», підвищення кваліфікації слухачів, керівників навчальних закладів/З. В. Рябова, А. Б. Єрмоленко, Т. А. Махиня та ін.; за заг. ред. академіка В. В. Олійника, маг. Ф. Фреха; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти»; КультурКонтакт Австрія. К., 2016. 118 с.

15. Проєктний менеджмент у закладах професійної (професійно-технічної) освіти: практ. посіб. / О. В. Бородієнко, З.В. Рябова, О. П. Радкевич. Житомир: «Полісся», 2021. 234 с .

16. Рантюк І. І. Використання інформаційно-комунікаційних технологій управління проєктами у процесі неформальної освіти фахівців ІТ-компаній : дис. … д-ра філософії : 011. Київ, 2024. 367 с.

17. Рудніченко,Є., Гавловська, Н., Сарафинюк, Я., & Кривдик, М. (2021). Теоретичні основи управління проєктами з позиції використання сучасних інструментів цифрового проєктного менеджменту. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. Т. 6, № 3. С. 72-78. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujae_2021_6_3_11

18. Стандарт з управління проєктами та Настанова до зводу знань з управління проєктами (Настанова PMBOK). 7-е видання. 2021. 370 с. URL : https://pmiukraine.org/pmbok7

19. Стрижко М., Ковалевська А. (2021). Концептуальні основи розробки соціальних проєктів організацій. *Молодий вчений*, 3 (91), 372-378. https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-3-91-78

20. Тілікіна Н.В. Управління соціальними проєктами Навчальний посібник для студентів спеціальності «Соціальна робота». Київ: ФОП Мороз А.Т., 2024. 352 с. URL : https://www.researchgate.net/publication/386341315_Upravlinna_socialnimi_proektami

21. Управління бізнес-проєктами: навчальний посібник для студентів зі спеціальності 073 «Менеджмент». Л.В. Шинкарук, М.М. Дєліні, А.В. Суханова, К.А. Алексеєва. Київ. НУБіП. 2021. 325 с. URL : https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u317/2021_posibnik_ubp.pdf

22. Управління проектами і фандрайзинг у сфері освіти: навчально-методичний посібник до курсу / авт.-упоряд. І.В.Єгорова. ІваноФранківськ, 2021. 140 с.

23. Управління проєктами і фандрайзинг у сфері освіти: навчальнометодичний посібник до курсу / авт.-упоряд. І.В.Єгорова. ІваноФранківськ, 2021. 140 с.

24. Чиркова Ю.Л. & Лиса Д.С. (2022). Роль фандрайзингу в умовах розширення джерел фінансування ініціатив вітчизняних суб'єктів господарювання: міжнародний досвід та особливості застосування у час війни. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. № 2 (8). С. 312–319. URL : https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2022/dec/29546/220972maket-316-323.pdf

25. Шинкарук В.Д., Пєша І.В., Сопівник І.В., Галайдюк В.В., Кошук О.Б. Моніторинг і оцінка у соціальній роботі: навчальний посібник. К.: «Компринт», 2022. 360 с. URL : https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/posibnik_monitoring_1673873800.pdf

26. Allan, B. (2004). Using ICT to support the project. In Project Management: Tools and Techniques for Today's ILS Professional (pp. 108–126). chapter, Facet.

27. Kartashova, L.; Prykhodkina, N.; Makhynia, T.; Tymoshko, H.; Sholokh, O. & Zhuravlev, F. (2022). Social Media as a Strategic Tool in School Management: Experience of Ukraine and USA. In Proceedings of the 1st Symposium on Advances in Educational Technology - Volume 1: AET, ISBN 978-989-758-558-6, pages 196-210. DOI: https://doi.org/10.5220/0010922400003364.

28. Prykhodkina N., Makhynia T. (2020). Using of Social Media in School Management: Experience of Ukraine and United States of America. *Освітній вимір: зб. наук. праць.* Вип. 3(55). С. 181–198. DOI : https://doi.org/10.31812/educdim.v55i0.3952

29. Riabova, T., Havrylyuk, I., Vader, T., Kustovska, O., & Makhynia, T. (2024). Marketing Strategies in the Era of Mobile Applications: The Use of Geolocation and Contextual Advertising. Economic Affairs, Vol. 69(02), pp. 1005-1020, June 2024 https://doi.org/10.46852/0424-2513.3.2024.25

30. Rozhnova, T., Sholokh, O., Kapinus, O., Makhynia, T., & Prykhodkina, N. (2024). Formación del personal científico y pedagógico en instituciones de educación superior: calidad y requisitos. (Підготовка науково-педагогічних кадрів у ЗВО: якість та вимоги) Revista Eduweb, 18(1), 164–179. https://doi.org/10.46502/issn.1856-7576/2024.18.01.12

32. Vaskiv, R., & Veretennikova, N. (2023). Features of the use of information and communication technologies to support project processes in distributed teams. *Computer Systems and Information Technologies*, (4), 36–43. URL : https://doi.org/10.31891/csit-2023-4-5

Інформаційні ресурси

1. Гранти на персональні проєкти у сфері освіти від House of Europe. URL : https://houseofeurope.org.ua/opportunity/109

2. Донори та Фонди. URL : https://granty.org.ua/granty#donory

3. Дослідження сфери благодійності: Комплексний звіт 2024. 134 с. URL : https://givingtuesday.ua/wp-content/uploads/2024/11/02_12_2_doslidzhennya_sektoru_blagodijnosti-1.pdf?fbclid=IwY2xjawIy9NtleHRuA2FlbQIxMAABHdgc8iD2NGgqCOxah5LTSPIdKw73rTV2h-FAmKQuKKoaX30eKBbhh9M8zA_aem_GlhrsqlI4ljMvOC6zSrtVQ

4. Краудфандинг: як зібрати кошти на свій проєкт. Онлайн курс на платформі Дія. Освіта. за покликанням: https://osvita.diia.gov.ua/courses/crowdfunding-how-to-raise-money-for-your-project

5. Краудфандингова платформа «Соціальна країна». URL : https://welfare.green/ua/

6. Краудфандингова платформа «Спільнокошт». URL : https://biggggidea.com/

7. Краудфандингова платформа Indiegogo. URL : https://www.indiegogo.com/

8. Краудфандингова платформа Kickstarter. URL : https://www.kickstarter.com/

9. Освітні гранти, програми, стипендії. URL : https://chaszmin.com.ua/osvitni-programy-granty-stypendiyi/

10. Основи проєктного менеджменту: Створення та планування проєкту. Онлайн курс на платформі Prometheus. URL : https://prometheus.org.ua/prometheus-free/project-management-fundamentals/

11. Підготовка та впровадження проєктів розвитку громад. Онлайн курс на платформі Prometheus. URL : https://prometheus.org.ua/prometheus-free/pidgotovka-vprovadzhennya-proektiv-gromad/

12. Соціальний проєкт «Дозволь собі світити». URL : https://www.youtube.com/watch?v=G2XPCnrFwFU

13. Соціальний проєкт «На відстані руки». URL : https://www.youtube.com/watch?v=9M5XnmQ4Pl4

14. Соціальні проєкти для позитивних змін. URL : https://welfare.green/campaigns/

15. Управління проєктами. Модуль eLearning від elearn.jaeurope.org про управління проєктами за покликанням: http://surl.li/qkjfuc

16. Фандрайзингова платформа Gofundme. URL : https://www.gofundme.com/

17. Фандрайзингова платформа онлайн-благодійності dobro.ua від Української Біржі Благодійності. URL : https://dobro.ua/

18. Фантастичні гроші та де їх шукати? Настя Драчук. BUR LAB. URL : https://www.youtube.com/watch?v=v9uz1PVx7nc

19. Центр розвитку «Час змін». URL : https://chaszmin.com.ua

РОЗДІЛ 3.
ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДОРОСЛИМИ

3.1. Ресоціалізація дорослих: теорія та практика

Соціалізація є фундаментальним процесом становлення особистості, який створює захист індивідів соціальних норм, цінностей, ролі та моделей поведінки, які є найважливішими для повноцінного функціонування в суспільстві (Berger & Luckmann, 1966).

Класичні соціологічні теорії розглядали соціалізацію переважно як процес, що відбувається в дитинстві та юності, однак сучасні дослідження підтверджують, що соціалізація відбувається протягом усього життя людини, набуваючи різні форми на різних етапах життєвого шляху (Mead, 1934).

Первинна соціалізація відбувається в дитинстві, переважно в сім'ї, де дитина засвоює базові соціальні навички, мову, культурні норми та цінності свого суспільства.

Вторинна соціалізація продовжується у дорослому віці і пов'язана з освоєнням нових соціальних ролей та статусів - професійних, сімейних, громадянських. На відміну від первинної соціалізації, дорослі більш усвідомлено підходять до цього процесу і мають більший контроль над тим, як вони переживають соціалізаційний досвід (Goffman, 1961).

Отже зазначимо категорії вразливого населання в умовах кризи та їх потреби (табл.3.1.).

Десоціалізація представляє собою процес, протилежний соціалізації, – це втрата або руйнування раніше засвоєних соціальних навичок, норм та цінностей (Сила, 2011).

Десоціалізація може відбуватися внаслідок тривалої соціальної ізоляції, перебування в тотальних інституціях, переживання травматичного досвіду або хронічних захворювань. В умовах, де відсутня адекватна соціальна стимуляція, індивіди зростають втрачають соціальні навички та регресують як соціально, так і фізично (Garavaglia, 2009). Особливо швидко десоціалізація проявляється у людей похилого віку, які допускаються до закладів тривалого лікування, де їхнє соціальне розвиток підпорядковується клінічним процедурам з мінімальним простором для вираження індивідуальності (Thomas, 1996).

Таблиця 3.1.

Категорії вразливого населення в умовах кризи та їх потреби

Категорія населення	Основні потреби	Пріоритетні послуги
Внутрішньо переміщені особи (ВПО)	• Житло та базові потреби • Працевлаштування • Психологічна підтримка • Інтеграція в громаду	• Реєстрація та документування • Соціальні виплати • Інформаційні послуги • Кейс-менеджмент
Ветерани та учасники бойових дій	• Реінтеграція в цивільне життя • Лікування та реабілітація • Психологічна допомога • Професійна перекваліфікація	• Медична реабілітація • Психотерапія (ПТСР) • Програми зайнятості • Сімейна терапія
Діти, постраждалі від конфлікту	• Безпека та захист • Освітні послуги • Психологічна підтримка • Збереження сім'ї	• Психосоціальна підтримка • Освітня інтеграція • Захист прав дитини • Сімейні форми виховання
Родини військовослужбовців	• Інформаційна підтримка • Психологічна допомога • Соціальний захист • Підтримка дітей	• Консультування • Групи підтримки • Соціальний супровід • Кризова інтервенція
Особи похилого віку	• Медична допомога • Догляд та обслуговування • Соціальна ізоляція • Матеріальна підтримка	• Домашній догляд • Соціальний патронаж • Доставка продуктів/ліків • Психологічна підтримка
Особи з інвалідністю	• Доступність послуг • Реабілітація • Технічні засоби • Інклюзія	• Реабілітаційні послуги • Забезпечення ТЗР • Соціальний супровід • Безбар'єрний доступ

Ресоціалізація - це процес повторного позбавлення соціальної норми, цінн та моделей поведінки, який відбувається, коли попередні батьківські поведінки виявляються неадекватними новим соціальним умовам або коли індивід потребує відновлення втрачених соціальних функцій (Goffman, 1961). Як зазначає О. Осауленко, «*ресоціалізація*» є *процесом формування в особистих позитивних якостей та рис, що сприяють важливому її ставленню до інших*

людей, суспільства, закону, праці, звичаїв, норм моралі, традицій та стимулюють законослухняну поведінку (Осауленко, 2010).

Ервінг Гоффман у своїй класичній праці «Притулки» (Goffman, 1961) описав *ресоціалізацію* в контексті тотальних інституцій - закритих соціальних організацій, які характеризуються бюрократичною регламентацією та соціальною ізоляцією. До тотальних закладів належать психіатричні лікарні, в'язниці, військові табори, монастирі. У таких закладах життя мешканців повністю контролюється адміністрація, що має на меті радикальну зміну їхньої особистості через маніпулювання середовищем. Процес ресоціалізації в тотальних інституціях включає два етапи: руйнування зовнішньої ідентичності індивіда та формування нової ідентичності відповідно до інституційних норм.

Важливо розрізняти *добровільну та примусову ресоціалізацію*.

Добровільна ресоціалізація відбувається, коли індивід свідомо обирає новий спосіб життя - наприклад, приєднуючись до програми Анонімних Алкоголів, змінює релігію чи професію (Davis & Jansen, 1998; Cowan & Bromley, 2008).

Примусова ресоціалізація відбувається в тотальних інституціях, де індивід не має вибору і вимагає адаптації до нового середовища – у в’язниці, військовому таборі, примусовому лікуванні. Хоча історично примусова ресоціалізація вважалася необхідною для реабілітації (злочинців, психічно хворих), дослідження показали, що практики ресоціалізації в тотальних інституціях часто були дегуманізуючими і створювали серйозні проблеми з реінтеграцією в суспільство після звільнення (Clemmer, 1940).

Причини та фактори соціальної дезадаптації дорослих

Соціальна дезадаптація дорослих виявляється порушенням здатності індивіда ефективно функціонувати в соціальному середовищі, підтримувати соціальні ролі та задовольняти базові потреби соціально прийнятими способами (Кривоконь, 2012). Це складне явище, що виникає внаслідок взаємодії *біологічних, психологічних, соціальних та середовищних чинників.*

Серед **біологічних факторів** дезадаптації особливе місце посідають психічні розлади, зокрема шизофренія, біполярний розлад, важка депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Дослідження показують, що особи з психічними захворюваннями мають значно вищий ризик безпритульності, безробіття та залучення до кримінальної поведінки (Fazel & Baillargeon, 2011). Хронічні соматичні захворювання та інвалідність також можуть призвести до

соціальної ізоляції та втрати соціальних зв'язків, особливо якщо вони обмежують мобільність або комунікативні можливості індивіда.

Психологічні фактори дезадаптації включають травматичний досвід, порушення прив'язаності, несформованість копінг-стратегій, низьку самооцінку та актуальність життєвих цілей. Особливо значущим є вплив дитячої травми: дослідження свідчень, які дорослі, які пережили насильство, зневагу або сепарацію в дитинстві, мають вищий ризик розвитку залежностей, антисоціальної поведінки та труднощів у побудові стабільних стосунків (Герман, 1992). Травма дорослого віку - участь у бойових діях, переживання населення, втрата оточуючих - також може спричинити глибоку дезадаптацію, особливо якщо не отримано остаточної психологічної допомоги.

Соціальні та економічні фактори впливають на ключову роль у процесі дезадаптації. Бідність, безробіття, вихід житла, низький рівень освіти суттєво обмежують можливості індивіда для соціальної інтеграції (Western, 2002). Соціальна ізоляція - демонструє підтримуючи соціальні мережі, розрив сімейних зв’язків, втрата друзів - позбавляє людей емоційної підтримки та практичних ресурсів для подолання труднощів. Стигматизація та дискримінація осіб з певними характеристиками (колишні ув'язнені, особи з психічними розладами, ВІЛ-інфіковані) створюють додаткові бар'єри для реінтеграції.

Інституційні фактори, пов'язані з перебуванням у тотальних інституціях. Тривале ув'язнення до такої званої «призонізації» – засвоєння тюремної субкультури, втрачений соціальний навичок цивільного життя, формування залежності від структурованого середовища (Clemmer, 1940). Подібні процеси відбуваються в психіатричних закладах, де пацієнти втрачають навички самостійного життя та набувають інституційної ідентичності. Вихід з таких закладів часто супроводжується «шоком свободи» - відчуттям розгубленості та неспроможності орієнтуватися в складному соціальному середовищі.

В українському контексті особливого значення набувають фактори, пов’язані з війною та вимушеним переміщенням. За даними дослідженнями, внутрішньо переміщені особи (ВПО) стикаються з комплексом проблем: втрата житла та майна, розрив соціальних зв’язків, труднощі працевлаштування, психологічна травма, соціальне відторгнення з боку приймаючих громад (Балакірєва, 2017). Ветерани АТО/ООС переживають труднощі реінтеграції в цивільне життя, пов’язані з ПТСР, зміненою ідентичністю, відчуженням від сім’ї та суспільства, яке не розуміє їхнього досвіду (Шапошникова, 2024).

Технології ресоціалізації різних категорій клієнтів

Технології ресоціалізації являють собою науково обґрунтовані комплекси методів, прийомів та процедур, спрямованих на відновлення соціального функціонування індивідів, які пережили десоціалізацію або потребують адаптації до нових соціальних умов (Капська, 2007). Вибір конкретних технологій залежить від категорії клієнтів, причин дезадаптації, наявних ресурсів та особливостей соціального контексту.

Ресоціалізація осіб, звільнених від місць позбавлення волі , є однією з найскладніших сфер соціальної роботи.

Дослідники Л. Жук та О. Неживець стверджує, що кількість складних ресоціалізацій є трудовою та соціальною, яка включає підготовку до звільнення та надання вільним особам соціальної допомоги, створення можливостей для професійного навчання та працевлаштування (Жук, Неживець, 2018).

Ефективні програми реінтеграції включають кілька компонентів: підготовку до звільнення ще під час покарання; забезпечення житлом та базовими потребами відразу після звільнення; допомога у працевлаштуванні та професійному навчанні; психологічну підтримку та лікування залежностей; відновлення сімейних зв'язків; соціальний супровід течії адаптаційного періоду (Visher & Travis, 2003).

Міжнародний досвід розробки про ефективність таких програм, як Critical Time Intervention (CTI) - інтенсивне ведення випадків протягом 9 місяців після звільнення з фокусу на створення зв’язків з лікуванням, житловими програмами та соціальними мережами; Forensic Assertive Community Treatment (FACT) - мультидисциплінарна команда надає інтегровані послуги особам з психічними розладами для запобігання рецидивізму; Housing First - забезпечення стабільного житла як перший крок перед рішенням інших проблем (NCBI, 2023).

Ресоціалізація ветеранів та учасників бойових дій потребує врахування специфіки військового досвіду та травми. Під час служби військовослужбовців проходить інтенсивна ресоціалізація, засвоюючи військову культуру, цінності та ідентичність (Riehm, 2000). Повернення до цивільного життя вимагає зворотної ресоціалізації - відмови від поведінки військових батьків та відновлення цивільної ідентичності. Дослідження показують, що багато ветеранів відчувають себе втраченими після звільнення, невпевненими щодо свого місця в цивільному світі (Fox & Pease, 2022).

Програма Post-Incarceration Engagement (PIE) у США продемонструвала ефективність інтервенцій peer-support для ветеранів, які виходять з ув'язнення (Hyde et al., 2022). Програма базується на підході Whole Health і забезпечує підтримку з боку ветеранів-волонтерів, які мають подібний досвід. Результати показали покращення залучення до медичних послуг та зменшення бездомності серед учасників. Для українських ветеранів особливо актуальними є травма-інформаційний підхід, психосоціальна реабілітація, підтримка сімей ветеранів та сприяння економічній реінтеграції.

Ресоціалізація осіб з адиктивною поведінкою обґрунтовується на розумовому відношенні як хронічного захворювання, що потребує тривалого лікування та підтримки. Програма анонімних алкоголіків (АА) є класичним прикладом добровільної ресоціалізації, спрямованої на зміну ціннісної системи залежних осіб через інтерналізацію принципів тверезого життя (Davis & Jansen, 1998). Терапевтичні спільноти пропонують більш структуроване середовище для ресоціалізації, де мешканці засвоюють нові моделі поведінки через взаємодію з однолітками та персоналом.

Модель MISSION (Maintaining Independence and Sobriety through Systems Integration, Outreach and Networking) розроблена спеціально для осіб з подвійним діагнозом - поєднанням психічного розладу та взаєморозуміння (Smelson et al., 2018). Клінічні випробування показали, що MISSION покращує залучення до лікування, психічне здоров'я та результати щодо вживання речовин, а також знижує бездомність. Програма включає ведення випадків, peer-support, підтримку в працевлаштуванні та навчанні, травма-інформований погляд.

Ресоціалізація внутрішньо переміщених осіб в Україні набула особливої актуальності після 2014 року та ще більше загострилася з початком повномасштабного вторгнення. Дослідження показують, що лише 59% ВПО відчувають себе частиною приймаючої громади, що свідчить про серйозні бар'єри для інтеграції (Балакірєва, 2017). Технології ресоціалізації ВПО включають: екстрену гуманітарну допомогу та забезпечення базових потреб; психологічну підтримку та опрацювання травми; сприяння у працевлаштуванні та перекваліфікації; допомога у здобутті освіти для дорослих та дітей; культурну адаптацію та розбудову соціальних зв'язків нової громади; підтримка у збереженні зв'язків з місцем походження.

Ресоціалізація людей похилого віку, які переходять до закладів обслуговування або переживають втрату соціальних ролей після виходу на

пенсію, вимагає делікатного підходу (Іванова, 2023). Хоча цей перехід може бути м'якшим, ніж примусова ресоціалізація, він все одно супроводжується внутрішньою ідентичністю та дезорієнтацією. Важливо уникати інституціоналізації, збереження автономії та соціальні зв'язки літніх людей, залучати їх до активної діяльності та приймати рішення щодо власного життя.

Роль соціального середовища в процесі ресоціалізації

Соціальне середовище змінює значущу роль у процесі ресоціалізації, після чого саме через взаємодію з оточенням індивід засвоює нові соціальні норми та моделі поведінки (Bronfenbrenner, 1979). Успішність ресоціалізації залежить не тільки від індивідуальних характеристик клієнта та якості наданих послуг, а й від того, значна соціальне середовище є підтримуючим та сприятливим для змін.

На мікрорівні ключове значення мають первинні соціальні групи – сім'я, друзі, колеги. Сімейна підтримка є одним із найпотужніших предикторів успішної ресоціалізації колишніх ув'язнених, осіб із залежностями, ветеранів (Visher & Travis, 2003). Водночас сімейні стосунки можуть бути джерелом напруги: батьки не завжди розуміють правила, які мають бути використані звільненими, або стикаються з труднощами адаптації до повернення близької людини. Тому робота з сім'єю клієнтів є однією з компонентів програми ресоціалізації.

Групи взаємодопомоги та peer-support здійснюють особливу роль у ресоціалізації. Спілкування з людьми, які мають подібний досвід, зменшує відчуття ізоляції та стигми, надає практичну інформацію та психічну підтримку, демонструє можливість позитивних змін на прикладі інших (Hyde et al., 2022). Програми залучення колишніх клієнтів як волонтерів чи оплачуваних однолітків-спеціалістів показують високу ефективність у сфері залежностей, психічного здоров’я та реінтеграції ветеранів.

На мезорівні важливі значення мають громадські організації, релігійні спільноти, освітні заклади, роботодавці. Готовність громади приймати стигматизовані групи - колишніх ув’язнених, осіб з психічними розладами, ВПО - суть впливає на можливості їхньої інтеграції. Антидискримінаційна робота, інформування громадськості, залучення місцевого бізнесу до працевлаштування вразливих груп є елементами створення підтримуючого середовища.

На макрорівні соціальна політика держави створюється правові рамки та ресурсне забезпечення ресоціалізації. Наявність державних програм підтримки, доступність соціальних послуг, антидискримінаційне законодавство, система пробації - все це формує контекст, у якому відбувається ресоціалізація.

В Україні Закон «Про соціальні послуги» (2019) та Закон «Про пробацію» (2015) створюють правову основу для ресоціалізаційної роботи, хоча практична реалізація потребує вдосконалення.

Модель Housing First, яка набула поширення в роботі з безпритульними, ілюструє важливість середовищного підходу до ресоціалізації (O'Toole et al., 2013). Замість традиційного підходу, коли забезпечення житлом обумовлювалося успішним проходженням лікування, Housing First пропонує спочатку забезпечити стабільне житло, а потім вирішити інші проблеми. Дослідження підтверджують, що стабільне життя є передумовою для успішного лікування захворювань, психічних розладів та загальної соціальної інтеграції.

Оцінка результатів ресоціалізації

Оцінка результатів ресоціалізації є необхідним компонентом професійної практики, що дозволяє змінити ефективність вручення, коригувати програми та забезпечувати підзвітність (Grinnell & Unrau, 2018). Водночас оцінювання ресоціалізації є методологічно складним завданням через багатовимірність процесу та різноманітність критеріїв успіху.

Критерії успішної ресоціалізації можуть включати: прояв рецидивізму (для колишніх правопорушників); утримання від вживання речовин (для осіб із залежностями); стабільне житло та працевлаштування; наявність підтримуючих соціальних зв'язків; психологічне благополуччя та якість життя; інтеграція в громаду та громадянську участь; задоволеність клієнта своїм життям.

Рівні оцінювання включають індивідуальний рівень - оцінка змін у функціонуванні конкретного клієнта (динаміка навичок, установок, поведінки); програмний рівень - оцінка ефективності програми ресоціалізації в цілому (досягнення очікуваних результатів, ефективність використання ресурсів); системний рівень - оцінка політики впливу та системи послуг на показники ресоціалізації на рівні суспільства.

Методи оцінювання охоплюють кілька методів: стандартизовані шкали та опитувальники для вимірювання соціального функціонування, якості життя, симптомів психічних розладів; аналіз статистичних даних про рецидивізм, працевлаштування, житлову стабільність; порівняння показників до та після

вручення або з контрольною групою. *Якісні методи* включають глибинний інтерв'ю з клієнтами для розуміння їх суб'єктивного досвіду ресоціалізації; фокус-групи з клієнтами, їхніми родинами, спеціалістами; ваш аналіз (case study) для факторів успіху та невдач.

Лонгітюдне оцінювання є особливо важливим, після результатів ресоціалізації проявляються з часом і можуть змінюватися. Короткострокові позитивні результати не завжди свідчать про стійкі зміни; необхідно відстежувати стан клієнтів протягом місяців і років після завершення програми. Дослідження показують, що критичним періодом для рецидивізму є перші 6-12 місяців після звільнення з ув'язнення, що підкреслює важливість тривалого супроводу (Binswanger et al., 2007).

Партисипативна оцінка передбачає залучення клієнтів до визначення критеріїв успіху та процесу оцінювання. Це узгоджується з цінностями соціальної роботи щодо його поваги до клієнта та права на самовизначення. Клієнти можуть мати інше бачення того, що означає успішну ресоціалізацію, ніж спеціалісти чи суспільство – наприклад, для них може бути важливим відновленням стосунків з дітьми, ніж формальне працевлаштування.

Виклики оцінювання включають наявність встановлених причинно-наслідкових зв’язків між втручанням та результатами, в основному на ресоціалізацію впливають багато факторів поза контрольованою програмою. Етичні обмеження щодо використання контрольних груп, коли йдеться про надання всіх послуг вразливим особам, також забезпечують оцінювання. Проблема відсіву учасників з дослідження, особливо серед мобільних та маргіналізованих груп, та обмежені ресурси для проведення якісного лонгітюдного дослідження додатково створюють труднощі. Якщо на ці виклики, систематичне оцінювання є етичним обов'язком соціальних працівників - воно дозволило забезпечити найкращі результати для клієнтів та ефективне використання обмежених ресурсів. Розвиток доказової практики у сфері ресоціалізації потребує накопичення емпіричних даних про ефективність різних підходів у різних контекстах (Rubin, 2007).

3.2. Соціальна реабілітація осіб з особливими освітніми потребами

Соціальна реабілітація осіб з особливими освітніми потребами (ООП) та осіб з інвалідністю обґрунтовується на фундаментальних принципах, закріплених у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ, 2006), яку Україна ратифікувала в 2009 році (Закон України № 1767-VI). Конвенція закріплює соціальну модель інвалідності, відповідно до якої обмеження життєдіяльності є результатом взаємодії між індивідуальними порушеннями та бар'єрами навколишнього середовища, а не внутрішньою характеристикою особи (Oliver, 1996; Shakespeare, 2006).

Стаття 3 Конвенції вимагає вісім загальних принципів, що є основою соціальної реабілітації: *повага до притаманної людині гідності та особистої самостійності, включаючи свободу робити власний вибір, і незалежність осіб; недискримінація; повне та ефективне залучення до суспільства та включення в нього; повага до відмінностей і прийняття осіб з інвалідністю як компонента людського різноманіття; рівність можливостей; доступність; рівність чоловіків і жінок; повага до здібностей дітей з інвалідністю, що розвиваються* (United Nations, 2006).

Концепція незалежного життя (Independent Living) виникла в США наприкінці 1960-х років як соціальний рух осіб з інвалідністю за свої громадянські права (DeJong, 1979). Піонером руху став Ед Робертс, студент Каліфорнійського університету в Берклі, який разом з однодумцями заснував у 1972 році перший Центр незалежного життя. Філософія незалежного життя стверджує, що люди з інвалідністю найкраще знають потреби власних та здатних самостійно приймати рішення щодо свого життя, вибирати необхідні послуги та контролювати їх надання (Crewe & Zola, 1983).

Ключовими принципами руху незалежного життя є:

- самовизначення (право особи прийняти рішення щодо власного життя); рівні можливостей (доступ до всіх благ суспільства нарівні з іншими громадянами);
- повага до відмінностей (інвалідність як один із проявів людського різноманіття, а не дефект чи хвороба);
- інтеграція в громаду (проживання в громаді, а не в інституційних закладах);

– взаємна підтримка та консультування (людина з інвалідністю є експертами для інших осіб у подібній ситуації) (Shapiro, 1993).

Американський Закон про реабілітацію 1973 року та Закон про американців з інвалідністю 1990 року (ADA) стали законодавчим втіленням цих принципів.

В Україні принципи інклюзивності закріплені в Законі України «Про основи соціальної захисту осіб з інвалідністю в Україні» (1991, зі змінами), який гарантує всім громадянам рівень можливостей для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» (2005) визначає правові, соціально-економічні та організаційні основи реабілітації, спрямовані на усунення або компенсацію обмеження життєдіяльності та відновлення соціального статусу.

Технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю

Технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю є собою систему наступних, науково обґрунтованих дій фахівців, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій, розвиток соціального навичок та інтеграцію особи в суспільство (Колішкін, 2015). Вибір конкретних технологій залежить від виду та ступеня інвалідності, віку особи, її потреб та цілої реабілітації.

Технології розвитку навичок самообслуговування та побутової діяльності спрямовані на формування здатності особи самостійно задовольняти базові життєві потреби. Ерготерапія як наукова дисципліна та практика забезпечить особам з інвалідністю володіти або відновити навички повсюдної діяльності через цілеспрямовану значущу активність (Creek, 2010). Ерготерапевти оцінюють здатність особи відповідати різним видам діяльності, виявляють бар'єри та розробляють індивідуальні програми, що включають тренування навичок, адаптацію середовища та підбір допоміжних засобів.

Технології розвитку комунікативних навичок особливо важливі для осіб з порушеннями мовлення, слуху, інтелектуального розвитку та розладами аутистичного спектру. Альтернативна та допоміжна комунікація (ААК) включає системи символів, жестову мову, комунікативні дошки та електронні пристрої, які дозволяють особам висловлювати свої потреби та спілкуватися з оточуючими (Beukelman & Mirenda, 2013). Для осіб з порушеннями слуху застосовуються технології навчання жестової мови, розвитку залишкового слуху, використання слухових апаратів та кохлеарних імплантів.

Технології соціально-психологічної реабілітації спрямовані на подолання психологічних наслідків інвалідності, розвиток позитивної самооцінки та адаптивних копінг-стратегій. Когнітивно-повідінкова терапія, групова психотерапія, арт-терапія та інші методи допомагають особам з інвалідністю прийняти свій стан, сформувати реалістичні очікування та розвинути ефективні стратегії подолання труднощів (Livneh & Antonak, 2005). Особливе значення має робота з психологічною травмою у випадках набутої інвалідності внаслідок хвороби, нещасного випадку або воєнних дій.

Технології соціально-побутової адаптації включають навчання навичкам ведення домашнього господарства, планування бюджету, користування транспортом, здійснення покупок та інших повсякденних дій (Söderström & Vik, 2017). Для осіб з інтелектуальними порушеннями застосовуються технології покрокового навчання з візуальною підтримкою, моделювання та практичного відпрацювання навичок у реальних ситуаціях. Тренування здійснюється як індивідуально, так і в малих групах з поступовим ускладненням завдань та зменшенням рівня підтримки.

Допоміжні технології змінюють ключову роль у соціальній реабілітації, забезпечуючи компенсацію пошкоджених функцій та підвищення рівня самостійності (Cook & Polgar, 2015). До асистівних технологій належать: технічні засоби реабілітації (інвалідні візки, ходунки, протези, ортези); засоби для осіб з порушеннями зору (білі тростини, лупи, програми екранного доступу, пристрої для читання); засоби для осіб з порушенням слуху (слухові апарати, системи FM-підсилення, текстові телефони); комп'ютерні технології та програмне забезпечення для осіб з повним видом інвалідності.

Формування доступного середовища

Доступність є передумовою реалізації всіх інших прав осіб з інвалідністю та ключовою умовою їх інклюзії в суспільство. Стаття 9 Конвенції ООН *про права осіб з інвалідністю зобов'язує державу здійснювати заходи для забезпечення доступу осіб з інвалідністю нарівні з іншими до фізичного відчуження, транспорту, інформації та комунікацій, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих для населення* (Організація Об'єднаних Націй, 2006). Ці заходи мають включення та усунення перешкод і бар'єрів до доступності.

Концепція універсального дизайну (Universal Design), визначена в Конвенції, передбачає проектування предметів, налаштувань, програм і послуг

таким чином, щоб вони могли використовувати всі люди максимальною мірою без необхідності адаптації чи спеціального дизайну (Steinfeld & Maisel, 2012). Сімів універсального дизайну, розроблених Центром універсального дизайну Університету Північної Кароліни, включають: справедливе використання; гнучкість у використанні; просто та інтуїтивне використання; сприйнятливу інформацію; толерантність до помилок; низький фізичний напруження; розмір та простір для підходу та використання (Connell et al., 1997).

Фізична доступність середовища передбачає порушення архітектурних бар'єрів у будівлях, спорудах, на транспорті та в громадських просторах. Будівельні норми України (ДБН В.2.2-40 :2018 «Інклюзивність будівель і споруд») встановлюють вимоги щодо облаштування пандусів, ліфтів, доступних санітарних приміщень, тактильних та зовнішніх засобів орієнтації. Однак значна частина існуючої інфраструктури в Україні залишається недоступною, що потребує системної роботи з її адаптацією.

Інформаційна доступність забезпечення забезпечення доступу осіб з інвалідністю до інформації та комунікацій у форматах, адаптованих до їхніх потреб (Добровольська, 2019). Для осіб з порушеннями зору це включає документи шрифтом Брайля, аудіоформати, доступні веб-сайти з підтримкою програми екранного доступу. Для осіб з порушеннями слуху - переклад жестовою мовою, субтитрування відеоматеріалів, індукційні петлі. Для осіб з інтелектуальними порушеннями - інформація у форматі «легкого читання» (easy-to-read).

Стандарти веб-доступності WCAG 2.1 (Web Content Accessibility Guidelines), розроблені Консорціумом Всесвітньої павутини (W3C), запроваджують технічні вимоги до веб-контенту, які забезпечують його доступність для осіб з особливими видами інвалідності. Чотири принципи WCAG - сприйнятність, керованість, зрозумілість та надійність - є основою для розробки доступних цифрових ресурсів.

Соціальна доступність забезпечує подолання стигматизації та дискримінації осіб з інвалідністю, формування інклюзивної культури в суспільстві. Інформаційні кампанії, освітні програми, залучення осіб з інвалідністю до публічної діяльності сприяють зміні суспільних закладів та подоланню стереотипів. Українська стратегія «Безбар’єрність» (2021) передбачає комплексний підхід до формування доступного середовища, що включає фізичну, інформаційну, освітню та соціальну доступність.

Підтримання працевлаштування

Працевлаштування є критичним аспектом соціальної реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство. Стаття 27 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю визнає право осіб з інвалідністю на працю нарівні з іншими, включаючи право на можливість заробляти собі на життя працю, яку вони вільно обрали або на яку вони погодилися (Організація Об'єднаних Націй, 2006). Протест зайнятості осіб з інвалідністю в усьому світі залишається значно нижчим, ніж середнього населення.

Підтримуване працевлаштування (Supported Employment) є доказовою технологією, яка дозволяє особам зі значними обмеженнями працювати на відкритому ринку праці з наданням індивідуалізовано підтримуваних (Wehman et al., 2007). На вибір від традиційної моделі «спочатку підготовка - потім підготовка», підтримане працевлаштування обґрунтовується на принципі «спочатку підготовка - потім підготовка» (place-then-train). Особа спочатку отримує роботу, а потім їй надається підтримка замість робочого місця для володіння необхідними навичками.

Європейський союз підтриманого працевлаштування (EUSE) шукає п'яти етапну модель процесу підтриманого працевлаштування: залучення клієнта (налагодження контакту та встановлення довірливих стосунків); професійне профілювання (визначення здібностей, інтересів та потреб у підтримці); пошук роботи (виявлення вакансії, що відповідає профілю клієнта); залучення роботодавця (інформація та підтримка роботодавця); підтримка на робочому місці та поза ним (супровід у період адаптації та подальша підтримка) (EUSE, 2010).

Ключовою фігурою в моделі підтриманого працевлаштування є джоб-коуч (job coach) - фахівець, який забезпечує підтримку особи з інвалідністю на всіх етапах працевлаштування та адаптації до роботи. Джоб-коуч готові особи опанувати робочі навички, налагодити стосунки з колегами, адаптуватися до робочого середовища та вирішувати проблеми, які виконують (Mank et al., 2000). Інтенсивність підтримки зменшується в міру того, як людина стає більш самостійною, але можливість отримати допомогу зберігається протягом усього періоду зайнятості.

В Україні технологія підтриманого працевлаштування впроваджується з 2010-х років, переважно громадськими організаціями. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» встановлює норматив

робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю (4% від середньооблікової чисельності штатних працівників). Проте механізми реалізації цієї норми потребують вдосконалення, а технології індивідуальної підтримки на робочому місці залишаються недостатньо розвиненими.

Альтернативними формами зайнятості для осіб зі значними обмеженнями є захищені підприємства, денні центри з трудовою терапією та соціальні підприємства. Хоча ці форми не забезпечують повної інтеграції у відкритий ринок праці, вони можуть бути проміжним кроком або тривалим рішенням для осіб, яким потрібен високий рівень підтримки. Водночас міжнародна тенденція відбувається в переході від сегрегованих до інклюзивних форм зайнятості.

Робота з сім'ями осіб з ООП

Сім'я гравців має ключову роль у соціальній реабілітації осіб з особливими освітніми потребами та інвалідністю. Народження дитини з інвалідністю або набуття інвалідності членом сім'ї істотно впливає на функціонування всієї сімейної системи, змінює роль, стосунки та ресурси родини (Turnbull et al., 2015). Системний підхід до роботи з сім'єю визнає, що зміни в одному з елементів системи впливають на всі інші елементи, тому втручання повинні бути спрямовані на підтримку в усій сім'ї, а не лише особи з інвалідністю.

Батьки дітей з інвалідністю часто переживають складний емоційний процес адаптації до діагнозу дитини, який дослідники порівнюють із процесом горіння (Kübler-Ross, 1969). Хоча лінійна модель стадію (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття) зазнала критики за важке спрощення, вона привернула увагу до емоційних потреб батьків та необхідності психологічної підтримки. Сучасні підходи акцентують увагу на індивідуальності реакцій батьків, важливості визнання їхніх сильних сторінок та ресурсів (Hastings & Taunt, 2002).

Сімейно-центрований підхід (Family-Centered Practice) є провідною парадигмою в роботі з сім'єю осіб з інвалідністю (Dunst, 2002). Його основні принципи включають: визнання сім'ї як основного контексту розвитку та підтримки особи; повагу до унікальності кожної сім'ї та її культурних цінностей; зміцнення сприятливості сім'ї (empowerment) замість формування залежності від фахівців; партнерство між сім'єю та фахівцями у прийнятті рішень; індивідуалізація послуг відповідно до потреб конкретної сім'ї.

Типовими послугами для сімей осіб з ООП є: інформаційна підтримка (надання достовірної інформації про стан, прогноз, доступні послуги та ресурси); емоційна підтримка (консультування, групи підтримки для батьків); навчання батьків (розвиток навичок догляду, стимулювання розвитку дитини, управління поведінкою); координація послуг (допомога в навігаційній системі послуг, ключ-менеджмент); перепочинкова допомога (respite care – тимчасова допомога в догляді для відпочинку батьків); фінансова підтримка та допомога в отриманні пільг.

Групи підтримки батьків та батьків є ефективною формою взаємодопомоги, що обґрунтовується принципом підтримки рівних рівних (Solomon, 2004). Батьки, які виховують дітей із подібними станами, можуть поділитися досвідом, надавати практичні поради, емоційну підтримку та відчуття спільності. Групи підтримки можуть бути організованими громадськими організаціями, закладами охорони здоров'я або соціальними службами і функціонувати як очно, так і онлайн.

Особливої уваги потребує підтримка сиблінгів (братів і сестер) осіб з інвалідністю. Дослідження показують, що сиблінги можуть переживати складні емоції - ревнощі через підвищену увагу батьків до дитини з інвалідністю, провину, тривогу за майбутнє брата чи сестри, сором перед однолітками (Stoneman, 2005). Водночас багато сиблінгів розвивають високий рівень емпатії, відповідальності та соціальних навичок. Спеціалізовані програми для сиблінгів (Sibshops) допомагають дітям обговорити свої почуття, поділитися досвідом та отримати підтримку.

Робота з дорослими особами з інвалідністю та їхніми сім’ями має захворювання життєвого циклу сім’ї та переходів між етапами життя (Turnbull et al., 2015). Особливо критичними є переходи до дорослого життя, що включають завершення освіти, працевлаштування, можливе виділення житла та побудову власних стосунків. Батьки часто потребують підтримки у «відпусканні» дорослої дитини та переосмисленні своєї ролі. Планування переходу до дорослого життя має починатися заздалегідь і включати особу з інвалідністю як активного учасника.

3.3. Соціальна корекція девіантної поведінки

Девіантна поведінка (від лат. deviatio - відхилення) розвивається як система вчинків або окремих дій, які приймаються прийнятим у суспільстві правовим чи моральним нормам (Гілінський, 2004). Розуміння природи та механізмів девіації є фундаментальною передумовою для розробки ефективних стратегій соціальної корекції.

Соціологічні та психологічні теорії девіантної поведінки надають концептуальні рамки для аналізу причин відхилення та обґрунтування методів втручання.

Засновником наукового вивчення девіації підтвердив французький соціолог Еміль Дюркгейм, який у праці «Самогубство» (1897) запровадив **поняття «аномії»** - стану суспільства, що характеризується послабленням або руйнуванням нормативної системи внаслідок різких соціальних змін. За Дюркгеймом, *«аномія»* викликає, коли традиційні норми втрачають свою регулятивну силу, а нові ще не сформувалися, що припинило невизначеність та дезорієнтацію індивідів. Важливим для Еміля Дюркгейма є також ідея про функціональність девіації: певний рівень відхилень є нормальним для будь-якого суспільства і виконує функції визначення меж прийнятної поведінки, зміцнення групової солідарності та стимулювання соціальних змін (Дюркгейм, 1897/1951).

Теорія напруження (strain theory), розроблена американським соціологом Робертом Мертоном (1938), суттєво розвинула *концепцію аномії*. Роберт Мертон стверджував, що *«девіація»* виникає внаслідок розриву між культурно схваленими цілями (насамперед матеріальним успіхом) та доступними легітимними засобами їх досягнення. Якщо індивіди не мають рівного доступу до законних шляхів досягнення успіху (освіти, працевлаштування), вони переживають напруження, яке може спонукати до використання нелегітимних засобів. Роберт Мертон виділив ***п'ять типів індивідуальної адаптації*** до цього напруження: *конформізм* (прийняття і цілей, і засоби); *інновація* (прийняття цілей, але використання незаконних засобів); *ритуалізм* (відмова від цілей при дотриманні засобів); *ретритизм* (відмова і від цілей, і від засобів); *бунт* (заміна існуючих цілей і засобів новими) (Merton, 1938).

Теорія диференційованої асоціації Едвіна Сазерленда (1947) акцентує увагу на процесі навчання девіантної поведінки через взаємодію з іншими.

Згідно з цією теорією, індивіди засвоюють техніку вчинення злочинів, мотиви, раціоналізацію та встановлення через спілкування в межах близьких груп. Девіантна поведінка є результатом надлишкової визначеності, сприятливих для порушення норми, над визначеннями, несприятливими для такого порушення (Sutherland & Cressey, 1978).

Теорія стигматизації (теорія ярликів), представлена в працях Говарда Беккера (1963) та Едвіна Лемерта (1967), зосереджується на соціальній реакції на поведінку та процес присвоєння «ярликів». Згідно з цим підходом, девіація не є внутрішньою властивістю вчинку, а результатом соціального визначення: поведінка стає девіантною лише тоді, коли інші так її класифікують. Едвін Лемерт розрізняв первинну девіацію (початкові порушення, що не впливають на самоідентичність) та вторинну девіацію (коли індивід також девіантну ідентичність внаслідок стигматизації). Процес «таврування» може запустити самоздійснюване пророцтво: особа, визначена як девіант, повинна бути спрямована відповідно до цього очікування (Becker, 1963).

Теорія соціального контролю Тревіса Гірші (1969) ставить питання інакше: не чому люди порушують норми, а чому більшість їх виконується. Відповідь залишається в соціальних зв'язках, які прив'язують індивіда до конвенційного суспільства. ТревісГірші виділив **чотири елементи соціального зв'язку**: *прив'язаність* (емоційні зв'язки з іншими); *зобов'язання* (інвестиції в конвенційну діяльність); *залученість* (участь у конвенційних активностях); переконання (віра в легітимність норм). Послаблення цих зв'язків стає ймовірністю девіантної поведінки (Hirschi, 1969).

Для соціальної роботи кожна з теорії має практичні наслідки. Теорія напруження обґрунтовує можливість розширення можливостей для вразливих груп та подолання структурних бар'єрів. Теорія диференційованої асоціації вказує на важливість соціального відчуження та потребу в позитивних референтних групах. Теорія стигматизації застерігає від ятрогенних ефектів втручань та обґрунтовує підходи відновного правосуддя. Теорія соціального контролю акцентує увагу на зміцненні соціальних зв'язків як факторі профілактики.

Адикції як форма девіантної поведінки

Адиктивна поведінка (від англ. addiction - залежність, згубна звичка) є єдиною з найпоширеніших форм девіантної поведінки в сучасному суспільстві. **Адикція** *посилена як патологічний потяг до певних речовин або видів*

діяльності, що характеризується внутрішнім контролем, продовженням проживання/діяльності при негативних наслідках та синдромі відміни (American Psychiatric Association, 2013). Адиктивна речовина поведінки є способом зміни психічного стану шляхом вживання психоактивних або фіксації на певних предметах чи видах діяльності.

Хімічні адикції (залежність від психоактивних речовин) *включають алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, тютюнову залежність та залежність від медикаментів*. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 35 мільйонів людей у світі спостерігаються на розладі, пов'язані з вживанням наркотиків, а алкоголь є причиною понад 3 мільйонів смерті щорічно (ВООЗ, 2023). В Україні проблема адикцій загострюється в умовах воєнного стресу та соціально-економічної нестабільності.

Нехімічні (повідінкові) адикції є певною новою категорією, визнаною в DSM-5 та МКХ-11. До них належать: азартні ігри (гемблінг) - єдина поведінкова залежність, офіційно включена до DSM-5; інтернет-залежність та залежність від відеогор (включена до МКХ-11 як «ігровий розлад»); залежність від соціальної мережі; трудоголізм; шопоголізм (оніоманія); харчові розлади з елементами адикції; сексуальна адикція; залежність від фізичних вправ тощо (Grant et al., 2010).

Спільними рисами хімічних та поведінкових адикцій є компульсивність, втрата контролю, толерантність, синдром відміни та продовження поведінки при негативних наслідках.

Сучасне розуміння адикцій обґрунтовується на біопсихосоціальних моделях, які інтегрують *біологічні, психологічні та соціальні фактори розвитку людини* (Engel, 1977).

Біологічні фактори включають генетичну недостатність, нейробіологічні особливості (зокрема, функціонування дофамінової системи винагороди) та вплив речовини на мозок.

Психологічні фактори охоплюють особистісні характеристики (імпульсивність, пошук новизни), психічні розлади (депресія, тривожність, ПТСР), копінг-стратегії та очікування від вживання.

Соціальні фактори включають сімейне оточення, вплив однолітків, соціально-економічний статус, доступність речовин та культурні норми щодо проживання.

Стадії розвитку адикції описуються різними моделями.

Відповідно до моделі Джелінека для алкоголізму, виділяють: передалкогольну фазу (соціальне проживання); продромальну фазу (зростання толерантності, провали в пам'яті); критичну фазу (втрата контролю, заперечення); хронічну фазу (деградація, запої) (Jellinek, 1960).

Транстеоретична модель змін Прохаски та Діклементе описує стадії готовності до змін: передспоглядання (відсутність усвідомлення проблеми); споглядання (амбівалентність); підготовка; дія; підтримка; можливий рецидив (Prochaska & DiClemente, 1983). Ця модель є основою для підбору інтервенцій відповідно до стадії готовності клієнта.

Технології роботи із залежними особами

Технології соціальної роботи із залежними особами охоплюють широкий спектр підходів - від профілактичних програм до реабілітації та ресоціалізації. Ефективна допомога потребує комплексного підходу, що враховує біопсихосоціальну природу адикцій та індивідуальні особливості клієнта.

Мотиваційне інтерв'ювання (Motivational Interviewing, MI), розроблене Вільямом Міллером та Стівеном Роллніком, є клієнт-центрованим директивним методом посилення внутрішньої мотивації до зміни через дослідження та рішення амбівалентності (Miller & Rollnick, 2013). Ключовими принципами MI є: вираження емпатії через рефлективне слухання; розвиток розбіжності між поточною поведінкою та цінностями/цілями клієнта; уникнення посилок та «котіння з опорою»; підтримка самоефективності клієнта. Численні дослідження підтвердили ефективність MI для широкого спектру адиктивних поведінок, особливо на ранніх стадіях готовності до змін.

Когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш науково обґрунтованих підходів до лікування захворювань. КПТ для залежностей фокусується на: ідентифікації тригерів та ситуацій високого ризику; розпізнавання та модифікації дисфункціональних думок, пов'язаних із вживанням; розвиток навичок подолання потягу та відмови; тренування альтернативних копінг-стратегій; профілактиці рецидивів (Carroll & Kiluk, 2017). Метааналізи демонструють вимірну ефективність КПТ при різних видах залежностей, з найкращими результатами при залежності від канабісу (Magill et al., 2019).

Модель профілактики рецидивів (Relapse Prevention), розроблена Марлаттом та Гордоном (1985), є когнітивно-повідінковим підходом для підтримки змін після початкового лікування. Модель включає: навчання клієнтів розпізнавати переджувальні сигнали рецидиву; розвиток стратегій подолання ситуацій високого ризику; модифікацію когнітивних спотворень (ефект порушення утримання); формування збалансованого способу життя. Важливим є розрізнення «зриву» (lapse – одиничний епізод вживання) та «recidivu» (relapse – повернення до проблемного вживання) (Marlatt & Donovan, 2005).

Програма «12 кроків» (Анонімні Алкоголіки, Анонімні Наркомані та ін.) є найпоширенішим підходом самодопомоги у світі. Ключовими елементами є: визнання безсилля перед залежністю; звернення до «Вищої Сили»; моральна інвентаризація; відшкодування заподіаної шкоди; допомога іншим залежним. Хоча програма 12 кроків не є професійним лікуванням, дослідження Project MATCH показали їх ефективність, порівнянну з професійними інтервенціями (Project MATCH Research Group, 1997). Участь у групах самодопомоги часто потребують як доповнення до професійного лікування.

Фармакотерапія важливу роль у лікуванні хімічних залежностей. Для алкогольної залежності застосовуються: дисульфірам (аверсивна терапія); налтрексон (блокування ейфоричних ефектів); акампросат (зменшення потягу). Для опіоїдної залежності: метадонова та бупренорфінова замінна терапія; налтрексон для профільних рецидивів. Фармакотерапія є найефективнішою в поєднанні з психосоціальними інтервенціями (Douaihy et al., 2013).

Терапевтичні спільноти (ТС) є формою довготривалої реабілітації в структурованому середовищі, де сама спільнота виступає основним інструментом змін. Класичні ТС (Daytop, Phoenix House) передбачають поселення від 6 до 24 місяців з поступовим проханням через фазу лікування, участь у трудовій та груповій терапії, взаємній підтримці та конфронтації (De Leon, 2000). Модифіковані ТС, адаптовані для специфічних популяцій: осіб з комор бідними психічними розладами, ув'язнених, бездомних, жінок з дітьми.

Профілактика правопорушень

Профілактика правопорушень є ключовим напрямком соціальної роботи з девіантною поведінкою, після запобігання є більш ефективним та економічно доцільним, ніж корекція вже сформованих моделей поведінки. Профілактичні стратегії класифікуються за рівнем втручання та цільовою аудиторією.

Первинна профілактика спрямована на все населення або широкі групи з метою запобігання виникненню проблем.

До **заходів первинної профілактики належать**: *інформаційно-освітні кампанії; шкільні профілактичні програми; розвиток життєвих навичок; організація дозвілля молоді; зміцнення сім'ї та батьківських компетенцій.* Ефективні програми первинної профілактики є інтерактивними, враховують вікові особливості та обґрунтовуються на доказових підходах, а не лише на залякуванні (Nation et al., 2003).

Вторинна профілактична (раннє втручання) орієнтована на групи ризику - осіб, які демонструють ранні ознаки проблемної поведінки або перебувають у ситуаціях, що підвищують ризик відхилень. Виявлення групи ризику обґрунтовується на оцінці факторів ризику (індивідуальних, сімейних, шкільних, суспільних) та захисних факторів. Програми раннього втручання включають: скринінг та коротке втручання (SBIRT) для осіб із ризикованим вживанням; програми для дітей з проблемами поведінки; підтримка сімей у кризі; менторські програми для молоді з неблагополучних сімей (Hawkins et al., 2015).

Третинна профілактика спрямована на осіб, які вже мають сформовану девіантну поведінку, з плануванням запобігання повторним правопорушенням та мінімізації шкоди. Цей рівень включає реабілітаційні програми для залежних осіб, ресоціалізацію осіб, які відбули покарання, програми відновного правосуддя та пробації.

Модель «Ризик-Потреба-Відповідність» (Risk-Need-Responsivity, RNR), розроблена Ендрюсом та Бонтою, є провідною парадигмою в роботі з правопорушниками (Andrews & Bonta, 2010). Принцип ризику передбачає, що інтенсивність втручання має відповідати рівню ризику рецидивізму: інтенсивні програми для високоризичних осіб, мінімальні – для низькоризичних. Принцип потреби вказує на відсутність впливу на криміногенні потреби (динамічні фактори ризику): антисоціальні установки, антисоціальне оточення, імпульсивність, проблеми у сім'ї/стосунках, зловживання речовин, виклик освіти/зайнятості. Принцип відповідності забезпечує адаптацію стилю та методів втручання до особливостей клієнта (когнітивний стиль, мотивація, здатність).

Відновне правосуддя (restorative justice) є альтернативним підходом до реагування на правопорушення, що фокусується на відновленні стосунків та відшкодуванні шкоди, а не на покаранні (Zehr, 2015). Практики відновного

правосуддя включають: меді між потерпілим та правопорушником; сімейні конференції; кола правосуддя в громаді. Дослідження свідчать про вищий рівень задоволеності потерпілих та нижчий рівень рецидивізму з традиційним правосуддям для певної категорії правопорушень (Sherman & Strang, 2007).

Пробація є формою альтернативного покарання, що передбачає нагляд за засудженим у громаді з можливістю надання соціальних послуг та реабілітаційних програм. В Україні система пробації запроваджена Законом «Про пробацію» (2015) і включає досудову пробацію (підготовка досудових доповідей), наглядову пробацію (нагляд за засудженими з випробуванням) та пенітенціарну пробацію (підготовка до звільнення). Ефективна пробація шляхом контролю з допомогою, застосовуючи принципи RNR-моделі.

Ресурсне забезпечення соціальної корекції

Ефективність соціальної корекції девіантної поведінки значною мірою залежить від наявності та доступності інших ресурсів – кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних та інституційних.

Кадрове забезпечення забезпечення наявності підготовлених фахівців різного профілю: соціальних працівників, психологів, психотерапевтів, наркологів, кримінологів, пробаційних працівників тощо. Особливого значення набуває спеціалізована підготовка з питань роботи з девіантною поведінкою, адикцією, правопорушниками. Важливими є компетенції мотиваційного інтерв'ювання, когнітивно-повідінкових інтервенцій, оцінки ризиків та потреб (Клейберг, 2001). Супервізія та профпрофесійне виховання є необхідними умовами якісної роботи в цій складній сфері.

Інституційне забезпечення включає мережу закладів та служб різних рівнів: центри соціальних служб сім’ї, дітей та молоді; служби у справах дітей; органи та установи пробації; наркологічні диспансери та реабілітаційні центри; притулки та центри соціально-психологічної допомоги; громадські організації, що працюють з девіантами. Важливою є координація між ефективними службами та відомствами, оскільки девіантна поведінка потребує міжсекторального підходу.

Нормативно-правове забезпечення в Україні включає: Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»; Закон України «Про пробацію»; Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними»; підзаконні акти, що регулюють діяльність окремих служб та програм.

Протестує прогалини в законодавстві щодо ресоціалізації колишніх ув'язнених, захисту прав залежних осіб, регулювання діяльності приватних реабілітаційних центрів.

Фінансове забезпечення соціальної корекції здійснюється з державного та місцевих бюджетів, а також з альтернативних джерел (міжнародна допомога, благодійні внески, соціальне підприємництво). Недостатнє фінансування залишається одним із головних проблем, що обмежує доступність та якість послуг. Важливим є економічне обґрунтування профілактичних та корекційних програм: дослідження показують, що кожен долар, вкладений у профілактику та лікування захворювань, заощаджує від 4 до 7 доларів на витрати, пов’язані зі злочинністю та охороною здоров’я (NIDA, 2018).

Системи інформаційного забезпечення збору та аналізу даних включають про розширення девіантної поведінки, ефективність програми, потреби клієнтів. Моніторинг та оцінка є необхідними компонентами управління якістю послуги. Доказова практика (evidence-based practice) забезпечує використання інтервенцій, ефективність, яка підтверджена науковими дослідженнями, та постійне оновлення знань фахівців.

Громадські ресурси відіграють важливу роль у соціальній корекції. Групи самодопомоги (АА, АН), волонтерські програми, релігійні організації, соціальні підприємства надають професійні послуги та забезпечують тривалу підтримку. Залучення громади до профілактики та ресоціалізації зниження стигматизації та формування толерантного ставлення до осіб з досвідом девіантної поведінки.

3.4. Робота з ветеранами та особами з ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад являє собою складний психічний стан, який страждає внаслідок переживання або свідчення подій, які несуть загрозу життю чи фізичній цілісності людини. У ветеранів бойових дій цей розлад формується під впливом спеціальних травматичних переживань, пов’язаних із періодичною участю у збройному конфлікті, втратою побратимів, забезпеченням прийняття рішення в умовах смертельної небезпеки та моральними дилемами війни.

Клінічна картина ПТСР характеризується чотирма основними кластерами симптомів (табл.3.2.).

Таблиця 3.2.

Кластери симптомів посттравматичного стресового розладу

Кластер симптомів	Прояви	Приклади поведінки
Інтрузивні симптоми	• Нав'язливі спогади • Флешбеки • Кошмарні сновидіння • Інтенсивні реакції на тригери	Раптове переживання минулих подій як теперішніх; сни, що відтворюють бойові дії; сильна тривога при звуках, схожих на вибухи
Симптоми уникнення	• Уникнення думок про травму • Уникнення нагадувань • Емоційне онімілість • Відсторонення від близьких	Відмова говорити про службу; уникнення новин про війну; небажання відвідувати місця, пов'язані з військовою службою
Негативні зміни когніцій та настрою	• Негативні переконання • Спотворене почуття провини • Втрата інтересів • Відчуженість	Переконання «світ небезпечний»; провина за загибель побратимів; нездатність відчувати позитивні емоції; ізоляція від родини
Зміни збудження та реактивності	• Гіперпильність • Дратівливість • Проблеми зі сном • Порушення концентрації	Постійна настороженість; агресивні спалахи; труднощі із засинанням; неможливість розслабитися; перебільшена реакція переляку

Інтрузивні симптоми проявляються через нав'язливі спогади про травматичні події, флешбеки, під час яких людина переживає минулі події як теперішні, та кошмарні сновидіння. *Симптоми уникнення* виражаються у свідомому або несвідомому прагненні уникати думок, почуттів, місць, людей чи

ситуацій, що нагадують про травму. *Негативні зміни в когнітивній та емоційній* сферах включають стійкі негативні переконання про себе та світ, почуття відчуженості від інших людей, нездатність переживати позитивні емоції та спотворене відчуття провини або сором. *Зміни в реактивності та збудженні* виникають через підвищену дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, порушення сну, гіперпільність та підвищену реакцію переляку.

Важливою особливістю ПТСР у ветеранів є його відстрочений характер - симптоми можуть проявлятися через місяці або навіть роки після повернення з війни. Крім того, бойовий ПТСР часто супроводжується комор бідними станами, такими як депресія, тривожні розлади, зловживання психоактивних речовин та соматичні захворювання. Моральна травма, пов'язана з діями або бездіяльністю, що надає глибоким моральним переконанням особи, стає окремим виміром ветеранів і потребує спеціальних терапевтичних підходів.

Психосоціальна підтримка ветеранів представляє собою цілісну систему заходів, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та життя осіб, які повернулися з якості бойових дій. Ця система обґрунтовується на розумінні того, що травматичний досвід війни впливає на всі сфери життя людини, а тому ефективна допомога має бути комплексною, доступною та адаптованою до індивідуальних потреб кожного ветерана.

Сучасна парадигма психосоціальної підтримки базується на **ключових принципах:**

Принцип травмаінформованого підходу передбачає, що всі фахівці та служби, які працюють із ветеранами, розуміють природу психологічної травми, її прояв та вплив на поведінку людини. Підхід дозволяє уникнути ретравматизації під цей час надання допомоги та створити безпечне середовище для відновлення.

Принцип континууму допомоги означає, що підтримка має бути доступною на всіх етапах переходу від військової служби до цивільного життя - від підготовки до демобілізації, через період адаптації та довготривалого супроводу тих, хто цього потребує. Розриви в континуумі допомоги призводять до втрати контакту з ветеранами саме в найбільш вразливі періоди.

Принцип орієнтації на відновлення визнає здатність людини до зцілення та повноцінного життя після травматичного досвіду. Цей підхід

протистоїть патології ветеранів та фокусується на їхніх сильних сторонах, ресурсах та потенціалі, водночас визнаючи реальність їхніх потреб та потреб у професійній допомозі.

Принцип культурної компетентності враховує специфіку військової культури, цінностей та досвіду ветеранів. Фахівці, які працюють із цією категорією населення, мають, розуміти особливості військового середовища, мову та символіку, що дозволяє встановити довіру та ефективну комунікацію.

Структура психосоціальної підтримки організована за рівнями інтенсивності відповідно до потреб ветеранів (табл.3.3).

Таблиця 3.3.

Рівні психосоціальної підтримки (піраміда IASC)

Рівень	Цільова група	Види послуг	Виконавці
IV. Спеціалізована допомога	Особи з тяжкими психічними розладами	• Психіатричне лікування • Стаціонарна допомога • Кризові інтервенції	Психіатри, психотерапевти, клінічні психологи
III. Цілеспрямована підтримка	Особи з помірними симптомами	• Індивідуальне консультування • Групова терапія • Кейс-менеджмент	Психологи, соціальні працівники
II. Підтримка громади та сім'ї	Особи з легкими труднощами	• Групи взаємопідтримки • Сімейна підтримка • Громадські заходи	Волонтери, парапрофесіонали, рівні консультанти
I. Базові послуги та безпека	Все населення	• Забезпечення безпеки • Базові потреби • Інформування	Гуманітарні організації, місцева влада

На базовому рівні знаходяться послуги, доступні всім ветеранам незалежно від наявності психологічних проблем. Це інформаційні ресурси про

доступні послуги та права ветеранів, освітні програми з питань адаптації до цивільного життя, заходи соціальної інтеграції та громадські ініціативи підтримки. Базовий рівень спрямований на нормалізацію переходу до цивільного життя та профілактику розвитку серйозних проблем.

Рівень первинної підтримки охоплює послуги для ветеранів, які переживають труднощі адаптації, але не мають клінічно значущих розладів. Сюди належать консультації з питань адаптації, взаємопідтримки під керівництвом групи навчених фасілітаторів, короткострокові психологічні інтервенції та соціальний супровід. На цьому рівні працюють соціальні працівники, психологи та спеціально навчені ветерани-волонтери.

Рівень спеціалізованої допомоги призначений для ветеранів із діагностованими психічними розладами, такими як ПТСР, депресія, тривожні розлади або залежність. Рівень забезпечення надання психотерапевтичної допомоги з використанням цих доказових методів лікування, психіатричного лікування, реабілітаційних програм та інтенсивного кейс-менеджменту. Послуги надаються багатодисциплінарними командами фахівців у сфері психічного здоров'я.

Рівень інтенсивної допомоги охоплює послуги для ветеранів у гострих кризових станах або з важкими, резистентними до лікування розладами. Це кризові інтервенції, стаціонарне лікування, програми денного стаціонару та довготривалі терапевтичні програми. На цьому рівні забезпечується цілодобова доступність допомоги та інтенсивний моніторинг стану ветерана.

Індивідуальні форми психосоціальної підтримки

Індивідуальна психотерапія є основою клінічної допомоги ветеранам із ПТСР та супутніми розладами. Когнітивно-процесуальна терапія допоможе ветеранам ідентифікувати та змінити дисфункціональні переконання, що сформувалися внаслідок травми, такі як напружені почуття провини, сорому або переконання про небезпеку світу та власну неспроможність. Терапевт працює з такими названими "точками застрягання" - когнітивними викривленнями, які підтримують симптоми ПТСР.

Пролонгована експозиційна терапія базується на принципі, що уникнення травматичних спогадів та нагадувань про травму підтримує симптоми ПТСР.

Через поступове, контроль звернення до травматичних спогадів в уяві та реальних ситуаціях, які викликають тривогу, ветеран навчається переробити травматичний досвід та зменшити інтенсивність емоційних реакцій. Ця терапія вимагає високої мотивації клієнта та досвідченого терапевта.

Десенсибілізація та переробка рухів очей на основі елементів когнітивно-повідінкової терапії з білатеральною стимуляцією, що сприяє переробці травматичних спогадів та інтеграції їх в автобіографічну пам'ять. Метод особливо ефективний для роботи з окремими травматичними епізодами та може бути корисним для ветеранів, яким важко вербалізувати досвід.

Наративна експозиційна терапія ветеранам створює цілеспрямовану історію свого життя, інтегруючи травматичні події в загальний контекст життєвого досвіду. Підхід особливо актуальний для роботи з множинними цими травмами та складною травматичною історією.

Терапія прийняття та відповідальність фокусується не на усунення симптомів, а на розвиток психологічної гнучкості – здатність залишатися присутнім у теперішньому моменті, приймати складні внутрішні переживання та діяти відповідно до власних цінностей при наявності болю та дискомфорту. Цей підхід може бути особливо корисним для ветеранів, які втратили відчуття життя.

Групові форми підтримки

Групова терапія та групова підтримка забезпечують виняткову роль у системі допомоги ветеранам, потім адресують специфічну проблему соціальної ізоляції та відчуження, характерну для багатьох людей із бойовим досвідом. Досвід перебування серед людей, які пережили подібні випробування, має потужний терапевтичний ефект, що доповнює індивідуальну роботу.

Терапевтичні групи для ветеранів із ПТСР застосовуються за структурованими протоколами під керівництвом кваліфікованих психотерапевтів. Когнітивно-процесуальна терапія та терапія, орієнтована на подолання травми, мають групові формати, які можуть поєднати переваги доказового лікування з терапевтичним потенціалом групової динаміки. Учасники лише підтримують психоосвіту та навчаються навичкам подолання

симптомів, а й мають можливість чути досвід інших та відчути підтримку людей зі схожими переживаннями.

Групи взаємопідтримки, на відміну від терапевтичних груп, базуються на принципі рівності учасників та не передбачають професійного лікування. Вони можуть бути організовані за моделлю "рівний – рівному", де навчальні ветерани-фасилітатори керують груповим процесом. Такі групи забезпечують простір для обміну досвідом, взаємної підтримки та формування нових соціальних зв’язків. Участь у групі взаємопідтримок може бути першим кроком для ветеранів, які не готові до формальної терапії.

Спеціалізовані групи адресують конкретні проблеми або потреби ветеранів. Групи з управління гнівом допомагають учасникам розуміти природу агресії та навчатися конструктивних способів витворення емоцій. Групи для ветеранів із залежностями поєднують принципи програми утримання з розумінням специфіки травматичного досвіду. Групи для ветеранів адресують унікальні потреби жінок із бойовою досвідом, включаючи питання військової сексуальної травми та гендерної ідентичності.

Соціальна робота з ветеранами

Соціальні працівники забезпечують ключову роль у системі психосоціальної підтримки, що забезпечує зв’язок між ветеранами та ресурсами, необхідними для їхньої адаптації. Функція кейс-менеджменту забезпечує комплексну оцінку потреб ветерана, розробку індивідуального плану підтримки, координацію послуг різних служб та моніторинг прогресу.

Соціальні працівники допомагають ветеранам орієнтуватися в системі соціального захисту, оформляти документи на отримання пільг та допомоги, вирішувати житлові питання та долати бюрократичні перешкоди. Для багатьох ветеранів, особливо тих, хто переживає симптоми ПТСР, взаємодія з державними установами є надзвичайно стресовою, а підтримка соціального працівника має вирішальне значення.

Адвокатська функція соціальної роботи несправна у захисті прав та інтересів ветеранів, протидії дискримінації та стигматизації, лобіюванні покращення політики та послуг на системному рівні. Соціальні працівники виступають голосом ветеранів у взаємодії з інституціями та сприяють системним змінам, спрямованим на покращення їхнього становища.

Робота з соціальним середовищем ветеранів включає залучення родини, друзів та громад до системи підтримки. Соціальні працівники здійснюють освітню роботу з близькими ветеранами, допомагають відновити пошкоджені стосунки та мобілізувати соціальні ресурси для підтримки адаптації.

Програми підтримки рівних

Програми «рівний - рівному» базуються на унікальній здатності людей із подібним досвідом надавати специфічний вид, підтримуваний, недоступний для професіоналів без бойового досвіду. Ветерани, які успішно подолали труднощі адаптації, після спеціального навчання можуть допомогти іншим ветеранам на різних етапах їхнього шляху.

Функції рівних консультантів включають емоційну підтримку через активне слухання та співпереживання, практичну допомогу в орієнтації в системі послуг, мотиваційну підтримку через власний приклад одужання та супровід у процесі звернення до професійної допомоги. Рівні консультанти часто є першою точкою контакту для ветеранів, які не готові звернутися до формальних служб.

Ефективність програми рівної підтримки зумовленої декількома факторами. Спільний досвід створює основу для довіри та розуміння, що важко досягти в традиційних терапевтичних стосунках. Приклад успішної адаптації рівного консультанта дає надію та демонструє можливість одужання. Відсутність ієрархії "фахівець – клієнт" зменшує бар'єри до звернення по допомогу.

Інноваційні підходи до психосоціальної підтримки

Телементальне здоров’я та цифрові інтервенції розширюють доступ до послуг для ветеранів, які мешкають у віддалених регіонах, мають обмежену мобільність або надають перевагу дистанційному формату взаємодії. Відеоконсультації можуть надавати повноцінну психотерапевтичну допомогу без необхідності фізичної присутності. Мобільні застосування для самодопомоги надають інструменти для управління симптомами, відстеження настрою та практики навичок між сесіями.

Програми, засновані на природі та пригодницькій терапії, використовують терапевтичний потенціал перебування на природі та фізичних випробуваннях. Екотерапія, садова терапія, рибальство, каякінг та інші

активності на відкритому повітрі сприяють зниженню стресу, відновленню контролю відчуття та формуванню позитивного досвіду. Командні пригодницькі програми відтворюють аспекти військового братства в безпечному контексті.

Терапія за допомогою тварин, зокрема програми службових собак та кінна терапія, демонструють ефективність у зменшенні симптомів ПТСР, депресії та тривоги. Взаємодія з тваринами ускладнення регуляції емоцій, зниження гіперпільльності та відновленню здатності до прив'язаності.

Мистецька терапія, музикотерапія та терапія творчим листом надають альтернативні канали для вірування травматичного досвіду, що може бути особливо цінним для ветеранів, яким важко вербалізувати своє переживання. Творчий процес дозволяє екстерналізувати внутрішнє переживання та знайти нові думки в травматичному досвіді.

Реінтеграція комбатантів у цивільне життя

Реінтеграція комбатантів у цивільне життя представляє собою складний, багатовимірний процес переходу від військової служби до повноцінного функціонування у мирному суспільстві. Цей процес охоплює трансформацію ідентичності, перебудовує соціальні стосунки, адаптує до нових економічних реалій та шукає новий сенс життя поза військовим контекстом. Успішна реінтеграція вимагає зусиль як від самого ветерана, так і від його найближчого отчення та суспільства загалом.

Концепція реінтеграції обґрунтовується на розумінні військової служби як особливого соціального середовища, що формує унікальний спосіб життя, системність та ідентичність. Входження до військової структури забезпечує процес соціалізації, під час якої людина засвоює норми, правила та культуру збройних сил. потім, вихід із цього середовища потребує зворотного процесу - ресоціалізації до цивільного життя.

Транзиційна теорія розглядає реінтеграцію як один із життєвих переходів, що характеризується зміненою ролей, стосунками, розпорядком дня та явленням про себе. Як і інші значення переходу – закінчення навчання, вступ до шлюбу, вихід на пенсію – перехід до цивільного життя супроводжується періодом нестабільності, невизначеності та необхідності адаптації. Водночас

військово-цивільний перехід має унікальні характеристики, пов’язані з травматичним досвідом війни та радикальною відмінністю між військовим і цивільним середовищем.

Екологічна модель реінтеграції враховує взаємодію між індивідуальними характеристиками ветерана та вищим рівнем його соціального оточування – сім’єю, громадою, інституціями та суспільством. Успішність реінтеграції залежить не лише від психологічних ресурсів особи, а й від підтримки кожного з цих рівнів та окремих бар’єрів до адаптації.

Центральним завданням психологічної реінтеграції є трансформація ідентичності - перехід від визначення себе переважно через роль військовослужбовця до формування нової, цивільної ідентичності, яка водночас інтегрує бойовий досвід. Цей процес часто супроводжується глибокою екзистенційною кризою, остання військова ідентичність надавала чітке розуміння власної ролі, належності до значної спільноти та відчуття мети.

Багато ветеранів переживають так званий «ідентичний вакуум» після демобілізації - позаду чіткого відчуття того, ким вони є, коли їхня військова роль більше не розуміє їхнє повсякденне створення. Звання, посада, спеціальність - усе це втрачає значення в цивільному контексті, і ветеран стикається з потребою заново відповідати на питання «Хто я?».

Інтеграція травматичного досвіду є ключовим аспектом психологічної реінтеграції. Бойовий досвід, включаючи травматичні події, необхідно переробити та включити в життєву історію особи як значущий, хоча й болісний, досвід. Витіснення або заперечення цього досвіду перешкоджає формуванню клітинної ідентичності та підтримує психологічні захворювання. Водночас посилена фіксація на минулому заважає рухатися вперед та будувати нове життя.

Пошук сенсу є фундаментальним завданням реінтеграції. Військова служба, особливо в умовах бойових дій, надає потужне відчуття мети – захист країни, товаришів, цінностей. Після повернення ветерани часто переживають втрату цього відчуття та стикаються з питаннями про сенс подальшого життя. Допомога в знаходженні нових джерел сенсу - через роботу, служіння іншим, творчість, стосунки - є компонентом психосоціальної підтримки.

Соціальний вимір реінтеграції охоплює перебудову стосунків із сім’єю, друзями та ширшим соціальним оточенням, а також формування нових соціальних зв’язків. Військова служба суттєво змінює соціальні мережі особи: формуються глибокі зв'язки з побратимами, водночас послаблюються або руйнуються зв'язки з цивільним оточенням.

Повернення до сім'ї часто виявляється складнішим, ніж очікували як самі ветерани, так і їхні близькі. За час служби змінилися всі – і ветерани, і члени його родини. Діти подорослішали, партнери викликали до самостійності, сімейні ролі перерозподілилися. Ветеран повертається в родину, яка навчилася функціонувати без нього, і знайшла своє нове місце в цій зміненій системі.

Комунікаційний розрив між ветеранами та їхнім цивільним оточенням є єдиним з найпоширеніших проблем реінтеграції. Ветерани часто відчувають, що їхній досвід неможливо передати словами, а цивільні люди не здатні по-справжньому зрозуміти, через що вони пройшли. Це відбувається до самоізоляції та поглиблення відчуття відчуженості. Водночас цивільне оточення можна не знати, як спілкуватися з ветераном, які теми уникати, як реагувати на зміни в його поведінці.

Стосунки з побратимами залишаються виключно за рахунок ветеранів і після демобілізації. Зв'язки, сформовані в екстремальних умовах війни, мають глибину та інтенсивність. Підтримка контактів з побратимами, участь у ветеранських спільнотах та організаціях залишила це джерело підтримки та належності.

Формування нових соціальних зв’язків у цивільному середовищі є завданням реінтеграції. Це можуть бути стосунки на роботі, у навчальних закладах, у громадських організаціях або через хобі та захоплення. Розширення соціальної мережі зменшує залежність від обмеженого кола підтримки та розвитку інтеграції у ширше суспільство.

Економічна реінтеграція охоплює питання працевлаштування, професійного розвитку та фінансової стабільності ветеранів. Успішна зайнятість є лише джерелом доходу, а й фактором психологічного благополуччя, надає структуру повсюдного життя, соціальні контакти та відчуття зовнішнього середовища в суспільстві.

Перенесення військових навичок у цивільний контекст є одним із ключових викликів професійної реінтеграції. Ветерани володіють цінними компетенціями - лідерством, здатністю працювати в команді, стресостійкістю, дисципліною, технічними навичками. Одночасно ці очевидні компетенції не завжди є для цивільних роботодавців, і ветерани можуть мати труднощі з їх презентацією у форматі, зрозумілому на ринку цивільної праці.

Професійна перекваліфікація та освіта часто потрібна для ветеранів, чия військова спеціальність не має прямого цивільного еквівалента або чиї здобуття воєнної кваліфікації застаріли. Програми перенавчання, гранти на освіту та стипендії для ветеранів допомагають здобути нові професії та конкурувати на ринку праці.

Підприємство є привабливим шляхом для багатьох ветеранів, дозволяє використовувати лідерські навички, незалежність та ініціативність, розвинені під час служби. Програми підтримки ветеранського бізнесу включають навчання основам підприємництва, менторство, доступ до фінансування та пільгові умови для участі в державних закупівлях.

Бар'єри до працевлаштування ветеранів можуть включати стигматизацію з боку роботодавців, які мають психологічні проблеми або труднощі адаптації, підтверджують офіційне визнання військової кваліфікації, прогалини в резюме за період служби та обмеження, пов'язані з фізичними або психічними наслідками служби. Подолання цих бар’єрів вимагає як індивідуальної підтримки ветеранів, так і просвітницької роботи з роботодавцями.

Військова та цивільна культура суттєво відрізняються за базовими характеристиками, і адаптація до цивільного способу життя вимагає значних зусиль від ветеранів. Військова культура є чіткою ієрархією, визначеними правилами, колективізмом та орієнтацією на характеристику місії. Цивільна культура є більш індивідуалістичною, гнучкою та неоднозначною.

Перехід від структурованого військового середовища до менш регламентованого цивільного життя може викликати дезорієнтацію та тривогу. Ветерани викликали до чітких наказів, визначених обов'язків та зрозумілої системи винагород і покарань. У цивільному житті вони досягають із загрозою самостійного прийняття рішення, визначати пріоритети та орієнтуватися в неоднозначних ситуаціях.

Адаптація поведінкових батьків є практичним аспектом культурної реінтеграції. Деякі форми поведінки, адаптивні в бойових умовах, можуть бути дисфункціональними у мирному житті. Гіперпильність, агресивний стиль водіння, імпульсивні реакції на справжні загрози - усе це потребує переосмислення та модифікації в цивільному контексті.

Переоцінка цінностей є глибшим виміром культурної адаптації. Досвід війни часто ускладнюється до переосмислення життєвих позицій, відносин із матеріальними цінностями, ставлення до повсюдних проблем. Деякі ветерани відчувають розчарування в цивільному суспільстві, яке здається їм поверховим та зосередженим на незначних речах. Інтеграція цих змінених цінностей у цивільне життя потребує часу та внутрішньої роботи.

Реінтеграція не є одним моментом, а розгортається як процес, що проходить через кілька етапів. Також передбачається охоплення періоду перед демобілізацією, коли військовослужбовець готується до повернення до цивільного життя. На цьому етапі важливо надати інформацію про доступні ресурси та послуги, розпочати планування переходу та підготувати реалістичні очікування.

Етап "медового місяця" характеризується ейфорією від возз'єднання з родиною та звільненням від небезпеки війни. Цей період може тривати від кількох днів до кількох тижнів і часто характеризується нереалістичним оптимізмом щодо адаптації.

Етап дезілюзії настає, коли початкова ейфорія спадає і ветеран стикається з реальними труднощами адаптації. На цьому етапі можуть загострюватися психологічні симптоми, виникати конфлікти в стосунках та проявлятися розчарування в цивільному житті. Цей критичний період, коли ветерани особливо потребують підтримки.

Етап реорганізації забезпечує поступове пристосування до нових реалій, формування нових рутин та способів функціонування. Ветеран знає своє місце в цивільному житті, хоча цей процес може супроводжуватися періодами регресу та труднощів.

Етап стабілізації характеризується досягненням нової рівноваги, коли ветеран успішно інтегрував бойовий досвід у своє життя та сформував функціональну цивільну ідентичність. Важливо розуміти, що досягнення цього

етапу не означає відсутність труднощів, а радше здатність ефективно з ними справлятися.

Успішна реінтеграція неможлива без підтримки з боку громади та суспільства. Громада, до якої повертається ветеран, виконує ключову роль у його адаптації - від найближчого відчуження до місцевих установ та організацій.

Формування культури підтримки ветеранів відображення знань про досвід війни та її дослідження, подолання стереотипів та стигматизації, визнання жертв та поза ветеранів. Громадські ініціативи вітання, церемонії вшанування та публічного визнання служби сприяють формуванню позитивного ставлення до ветеранів.

Інклюзивність громадських просторів та послуг означає забезпечення доступності та дружності до ветеранів у всіх сферах громадського життя – від закладів охорони здоров’я до закладів культури. Навчання персоналу різних служб особливостями роботи з ветеранами забезпечує якість обслуговування та зменшує бар’єри до звернення.

Залучення ветеранів до громадського життя як активних учасників, а не тільки отримувачів допомоги, сприяє їх реінтеграції та збагачує громаду їх досвідом та компетенціями. Волонтерство, наставництво, участь у місцевому самоврядуванні - усе це надає ветеранам можливості для самореалізації та служіння.

Ефективна система підтримки реінтеграції включає різноманітні програми та послуги, які адресують різні потреби ветеранів на різних етапах переходу. Програми підготовки до переходу надаються ще під час служби та включають інформацію про доступні ресурси, допомогу в плануванні кар'єри, консультації щодо освітнього та фінансового планування.

Центри підтримки ветеранів функціонують як єдині точки доступу до різноманітних послуг - від соціальної допомоги до психологічного консультування. Принцип "єдиного вікна" дозволяє ветеранам отримувати комплексну допомогу без необхідності самостійно орієнтуватися в розгалуженій системі служб.

Програми кейс-менеджменту забезпечують індивідуальний супровід ветеранів із комплексними потребами, координуючи послуги різних служб та

допомагаючи долати бар’єри на шляху до реінтеграції. Кейс-менеджер виступає провідником та адвокатом ветерана в системі послуг.

Ветеранські організації та спільноти гравців мають унікальну роль у підтримці реінтеграції, надаючи простір для спілкування з людьми зі схожим досвідом, можливості для взаємодопомоги та платформу для колективного представництва інтересів ветеранів.

Соціальна робота з ветеранами

Соціальні працівники забезпечують ключову роль у системі психосоціальної підтримки, що забезпечує зв’язок між ветеранами та ресурсами, необхідними для їхньої адаптації. Функція кейс-менеджменту забезпечує комплексну оцінку потреб ветерана, розробку індивідуального плану підтримки, координацію послуг різних служб та моніторинг прогресу.

Соціальні працівники допомагають ветеранам орієнтуватися в системі соціального захисту, оформляти документи на отримання пільг та допомоги, вирішувати житлові питання та долати бюрократичні перешкоди. Для багатьох ветеранів, особливо тих, хто переживає симптоми ПТСР, взаємодія з державними установами є надзвичайно стресовою, а підтримка соціального працівника має вирішальне значення.

Адвокатська функція соціальної роботи несправна у захисті прав та інтересів ветеранів, протидії дискримінації та стигматизації, лобіюванні покращення політики та послуг на системному рівні. Соціальні працівники виступають голосом ветеранів у взаємодії з інституціями та сприяють системним змінам, спрямованим на покращення їхнього становища.

Робота з соціальним середовищем ветеранів включає залучення родини, друзів та громад до системи підтримки. Соціальні працівники здійснюють освітню роботу з близькими ветеранами, допомагають відновити пошкоджені стосунки та мобілізувати соціальні ресурси для підтримки адаптації.

Програми «рівний - рівному» базуються на унікальній здатності людей із подібним досвідом надавати специфічний вид, підтримуваний, недоступний для професіоналів без бойового досвіду. Ветерани, які успішно подолали труднощі адаптації, після спеціального навчання можуть допомогти іншим ветеранам на різних етапах їхнього шляху.

Функції рівних консультантів включають емоційну підтримку через активне слухання та співпереживання, практичну допомогу в орієнтації в системі послуг, мотиваційну підтримку через власний приклад одужання та супровід у процесі звернення до професійної допомоги. Рівні консультанти часто є першою точкою контакту для ветеранів, які не готові звернутися до формальних служб.

Ефективність програми рівної підтримки зумовленої декількома факторами. Спільний досвід створює основу для довіри та розуміння, що важко досягти в традиційних терапевтичних стосунках. Приклад успішної адаптації рівного консультанта дає надію та демонструє можливість одужання. Відсутність ієрархії "фахівець – клієнт" зменшує бар'єри до звернення по допомогу.

Інноваційні підходи до психосоціальної підтримки

Телементальне здоров’я та цифрові інтервенції розширюють доступ до послуг для ветеранів, які мешкають у віддалених регіонах, мають обмежену мобільність або надають перевагу дистанційному формату взаємодії. Відеоконсультації можуть надавати повноцінну психотерапевтичну допомогу без необхідності фізичної присутності. Мобільні застосування для самодопомоги надають інструменти для управління симптомами, відстеження настрою та практики навичок між сесіями.

Програми, засновані на природі та пригодницькій терапії, використовують терапевтичний потенціал перебування на природі та фізичних випробуваннях. Екотерапія, садова терапія, рибальство, каякінг та інші активності на відкритому повітрі сприяють зниженню стресу, відновленню контролю відчуття та формуванню позитивного досвіду. Командні пригодницькі програми відтворюють аспекти військового братства в безпечному контексті.

Терапія за допомогою тварин, зокрема програми службових собак та кінна терапія, демонструють ефективність у зменшенні симптомів ПТСР, депресії та тривоги. Взаємодія з тваринами ускладнення регуляції емоцій, зниження гіперпільльності та відновленню здатності до прив'язаності.

Мистецька терапія, музикотерапія та терапія творчим листом надають альтернативні канали для вірування травматичного досвіду, що може бути

особливо цінним для ветеранів, яким важко вербалізувати своє переживання. Творчий процес дозволяє екстерналізувати внутрішнє переживання та знайти нові думки в травматичному досвіді.

Сімейна терапія для ветеранів родини

Травматичний досвід війни впливає не тільки на самих ветеранів, а й на їхню сім'ю, формуючи феномен вторинної травматизації. Члени родини переживають очікування стресу, тривогу за життя близької людини під час служби, а після повернення стикаються зі зміненою поведінкою та емоційними реакціями ветерана. Діти ветеранів особливо вразливі до впливу батьківської травми, що може проявлятися в поведінкових проблемах, емоційних труднощах та порушеннях розвитку.

Сімейна терапія для родинних ветеранів спрямована на відновлення функціонування сімейної системи в умовах, коли один із її членів переживає слідки бойової травми. Визначимо напрями сімейної терапії (табл.3.4).

Терапевтична робота починається з психоосвіти, що допомагає членам родини розуміти природу ПТСР, його симптоми та вплив на поведінку. Це розуміння зменшує персоналізацію проблемної поведінки ветерана та ускладнення формування підтримувального ставлення замість звинувачення чи відчуження.

Комунікаційний компонент сімейної терапії зосереджується на відновленні здатності членів родини ефективно спілкуватися про складні теми, висловлювати свої потреби та почуття, вирішувати конфлікти конструктивним способом. Ветерани часто відчувають труднощі у вербалізації свого досвіду та емоцій, тоді як члени родини можуть не знати, як реагувати на симптоми ПТСР або як підтримати близьку людину, не порушуючи її кордонів.

Робота з нервовим відчуженням є напрямком терапії, більшість ветеранів переживають афективну онімілість та труднощі у переживанні втрати. Терапевтичні інтервенції спрямовані на поступове відновлення емоційного зв'язку між членами родини через спільну активність, ритуали скорочення та практики усвідомленої присутності.

Таблиця 3.4.

Напрями сімейної терапії для родин ветеранів

Напрям роботи	Завдання	Методи та техніки
Психоедукація сім'ї	• Розуміння природи ПТСР • Зменшення стигматизації • Формування реалістичних очікувань	• Інформаційні сесії • Роздаткові матеріали • Відповіді на запитання родини
Відновлення комунікації	• Покращення спілкування • Вираження потреб та почуттів • Конструктивне вирішення конфліктів	• Тренінг комунікативних навичок • Активне слухання • «Я-повідомлення»
Робота з емоційним відчуженням	• Відновлення емоційного зв'язку • Подолання афективної онімілості • Розвиток близькості	• Спільні активності • Ритуали близькості • Практики усвідомленої присутності
Підтримка батьківських функцій	• Відновлення ролі батька/матері • Захист дітей від симптомів ПТСР • Формування здорових стосунків	• Батьківський тренінг • Спільний час з дітьми • Встановлення меж
Робота з вторинною травмою	• Підтримка членів родини • Профілактика вигорання опікунів • Самодопомога	• Індивідуальна підтримка членів сім'ї • Групи для родичів ветеранів • Техніки самодопомоги

Підтримка батьківських функцій ветеранів забезпечує допомогу у відновленні або формуванні здорових стосунків із дітьми, подоланні труднощів, пов’язаних із дратівливістю, емоційною недостатністю або посиленою тривожністю. Окрема увага приділяється захисту від впливу травми дітей від симптомів ПТСР батьків.

Профілактика суїцидальної поведінки

Ветерани бойових дій належать до групи підвищеного ризику суїцидної поведінки, що зумовлено комплексом факторів: травматичним досвідом, психічними розладами, внутрішнім відчуттям життя після завершення служби, соціальною золяцією та доступом до летальних засобів. Профілактика суїцидів серед ветеранів потребує системного підходу, що охоплює індивідуальний, міжособистісний та суспільний рівні.

На *індивідуальному рівні* профілактика включає виявлення ветеранів із суїцидальним ризиком через систематичний скринінг під час медичних та соціальних контактів. Важливо навчати фахівців, які працюють із ветеранами, розпізнавати переджувальні ознаки суїцидного ризику: вербальні висловлювання про бажання смерті або безнадійність, пошук засобів для самогубства, прощання з оточуючими, роздача майна, раптове заспокоєння після періоду депресії (табл. 3.5.).

Таблиця 3.5.

Попереджувальні ознаки суїцидального ризику

КАТЕГОРІЯ ОЗНАК	ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНІ СИГНАЛИ
ВЕРБАЛЬНІ ОЗНАКИ	• Висловлювання про бажання смерті: «Краще б мене не було» • Відчуття безнадійності: «Нічого не зміниться» • Відчуття тягаря: «Без мене всім буде краще» • Прощання: «Хочу, щоб ти знав, як багато ти для мене значиш»
ПОВЕДІНКОВІ ОЗНАКИ	• Пошук засобів для самогубства • Роздавання цінних речей • Прощання з близькими • Написання заповіту або листів • Раптове заспокоєння після депресії
ЕМОЦІЙНІ ОЗНАКИ	• Глибокий відчай та безнадія • Нестерпний душевний біль • Почуття пастки: «Немає виходу» • Сильне почуття провини або сорому • Раптові коливання настрою
СИТУАЦІЙНІ ФАКТОРИ	• Нещодавня втрата (смерть, розлучення, робота) • Загострення психічного розладу • Хронічний біль або тяжка хвороба • Доступ до летальних засобів • Попередні спроби суїциду

Терапевтичні інтервенції для ветеранів із суїцидальними думками включають когнітивну терапію, спрямовану на суїцидальність, діалектичну поведінкову терапію та планування безпеки.

Таблиця 3.6.

Рівні профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів

Рівень профілактики	Заходи	Відповідальні суб'єкти
Універсальна профілактика	• Підвищення обізнаності про психічне здоров'я • Зменшення стигматизації • Обмеження доступу до летальних засобів • Навчання «воротарів» (gatekeepers)	• Органи влади • ЗМІ • Громадські організації • Освітні заклади
Селективна профілактика	• Скринінг груп ризику • Програми підтримки ветеранів • Зміцнення соціальних зв'язків • Раннє виявлення та направлення	• Служби психічного здоров'я • Ветеранські організації • Соціальні служби • Медичні заклади
Індикативна профілактика	• Терапія для осіб із суїцидальними думками • Планування безпеки • Інтенсивний супровід • Кризові інтервенції	• Психіатричні служби • Кризові центри • Психотерапевти • Кейс-менеджери
Постсуїцидальна допомога	• Підтримка тих, хто вижив після спроби • Допомога родинам, що втратили близьких • Профілактика кластерних суїцидів	• Служби психічного здоров'я • Групи підтримки • Громадські організації

План безпеки представляє собою індивідуалізований документ, що містить попередні ознаки кризи, стратегії самодопомоги, контакти людей та служби, до яких можна звернутися, та заходи щодо обмеження доступу до летальних засобів.

Міжособистісний рівень профілактики забезпечує зміцнення соціальних зв'язків ветеранів, який є потужним захисним фактором проти суїциду. Програми підтримки рівних (підтримка рівних), ветеранські спільноти та залучення родини до систем допомоги сприяють зменшенню ізоляції та підтримки формування мережі.

Суспільний рівень профілактики включає зниження стигматизації психічних розладів та звернення до допомоги, підвищення обізнаності громадськості про суїцидальний ризик серед ветеранів, забезпечення доступності послуг психічного здоров'я та кризових служб. Особливо увага приділяється обмеженню доступу до летальних засобів, що є одним із найефективніших методів профілактики суїцидів. У таблиці 3.6. зазначені рівні профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів.

Система реагування на кризові умови забезпечує наявність цілодобових телефонних ліній допомоги, мобільних кризових команд та можливості екстреної госпіталізації у разі незначної загрози. Важливим елементом є постсуїцидна підтримка – допомога ветеранам, які вижили після спроби самогубства, та підтримка родини та спільноти, які втратили близьких через суїцид.

3.5. Соціальний супровід внутрішньо переміщених осіб

Внутрішньопереміщені особи являють собою одну категорію населення, яка внаслідок збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру була вимушена залишити або залишити своє постійне місце проживання (Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», 2014). Повномасштабна російська агресія проти України, що почалася 24 лютого 2022 року, спричинила безпрецедентне переміщення

населення в країні, створивши складну повну психосоціальну реальність для мільйонів людей (Борисенко, 2023).

Адаптація внутрішньо переміщених осіб представляє собою багатовимірний процес, що охоплює психологічну, соціальну, економічну та культурну сфери життєдіяльності. На відміну від добровільної міграції, вимушене переміщення характеризується раптовністю, відсутністю підготовки та можливості вибору місця переселення, що суттєво ускладнює процес пристосування до нових умов життя (Федоренко, 2018). Дослідники наголошують, що адаптація ВПО вимагає від них пристосування до двох взаємопов'язаних рівнів: «особистість – середовище» та «особистість - соціум» (Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам в адаптації до нових умов життя, 2024).

Соціально-психологічна адаптація вимушених переселенців до нового соціокультурного середовища залежить від комплексу факторів, серед яких дослідники виокремлюють ефективність соціальної підтримки та психологічної допомоги, спрямованої на формування інтернальності, рішучості, особистісної відповідальності, толерантності до представників, які приймають сторони, гармонізацію самоприйняття та відмову. непродуктивних тенденцій до ескапізму (Особливості соціально-психологічної адаптації вимушених переселенців, 2024). За даними досліджень, 89% внутрішньо переміщених осіб мають високий рівень реактивної тривожності, що характеризується підвищеною переміщеною напруженістю, відчуттям небезпеки та постійним занепокоєнням (Психологічні виклики внутрішньо переміщених осіб в Україні, 2025).

Особливістю адаптації ВПО є її етапність та нелінійний характер (табл.3.7).

На початковому етапі переміщення домінують базові потреби проживання - пошук безпечного місця перебування, забезпечення харчуванням, одягом та предметами першої необхідності. Поступово актуалізуються потреби вищого порядку - відновлення соціальних зв'язків, працевлаштування, освіта дітей, інтеграція в нову громаду (Трубавіна, Куратченко, 2017). Одночасний комплексний вплив стресогенних факторів може призвести до функціональної дезадаптації ВПО, яка з часом має ризик розширитися на професійну та соціальну сферу життєдіяльності, поглибити особистісну та соціальну кризу (Prometheus, 2022).

Таблиця 3.7.

Етапи адаптації внутрішньо переміщених осіб

Етап	Тривалість	Характеристики	Завдання соціальної роботи
1. Шок та дезорієнтація	Перші дні – тижні	• Стресовий стан • Розгубленість • Фокус на базових потребах	• Перша психологічна допомога • Забезпечення базових потреб • Інформування
2. «Медовий місяць»	Тижні – місяці	• Ейфорія від безпеки • Оптимізм • Активний пошук ресурсів	• Оформлення статусу ВПО • Підключення до послуг • Планування
3. Дезілюзія	3-12 місяців	• Розчарування • Труднощі адаптації • Конфлікти • Симптоми ПТСР	• Психологічна підтримка • Кризове консультування • Посередництво
4. Реорганізація	1-2 роки	• Формування нових рутин • Прийняття ситуації • Активна адаптація	• Сприяння працевлаштуванню • Соціальна інтеграція • Розвиток навичок
5. Стабілізація	2+ роки	• Нова ідентичність • Інтеграція в громаду • Стабільне функціонування	• Підтримка самостійності • Завершення супроводу • Профілактика

Важливим фактором успішної адаптації є наявність *копінг-ресурсів* - психологічних та соціальних ресурсів, які використовують для подолання стресових ситуацій. Дослідниками виділені *конструктивні копінг-стратегії*, які спрямовані на активне рішення проблеми та пошук соціальної підтримки, та *деструктивні*, що проявляються в унікальних рішеннях, заперечені реальністю або підвищеною емоційною реакцією (Макаренко,

Сидор, 2023). Формування адаптивних копінг-стратегій є одним із ключових завдань соціального супроводу ВПО.

Серед основних прагнень внутрішньо переміщених осіб дослідження виявляють: пошук власного житла, возз'єднання родини, забезпечення безпеки та досягнення соціального благополуччя. Ці прагнення свідчати про потужний адаптаційний потенціал та бажання інтегруватися в нові громади (Психологічні виклики внутрішньо переміщених осіб в Україні, 2025). Соціально-демографічний портрет ВПО засвідчує, що більшість переселенців жінок віком від 30 до 39 років, переважно мають вищу або технічну освіту, що створює передумови для успішної адаптації за умови належної підтримки.

Інформаційне забезпечення є базовою складовою системи соціального супроводу внутрішньо переміщених осіб, після доступу до актуальної, достовірної та зрозумілої інформації з метою здатності переселенців реалізовувати свої права та отримувати необхідну допомогу. В умовах вимушеного переміщення люди опиниться в незнайомому середовищі, де діють інші правила, функціонують невідомі їм установи та надаються послуги, про які вони можуть не знати (УВКБ ООН в Україні, 2024).

Система надання інформаційних послуг ВПО включає кілька взаємопов'язаних компонентів.

Первинне інформування запускають на етапі евакуації та прибуття до нового місця перебування. Соціальні працівники на пунктах евакуації та в місцях тимчасового розміщення надають базову інформацію про порядок реєстрації, отримання довідки ВПО, доступні види допомоги та послуг (ГО «Десяте квітня», 2024). На цьому етапі критично має місце забезпечення доступності інформації - вона надається в усній частині, більшість переселенців з’являються в стресовому стані та не здатні опрацьовувати великі обсяги листових матеріалів.

Консультаційні послуги з питань правового статусу та соціального захисту становлять важливий напрям інформаційної роботи. ВПО потребують процедури роз'яснення щодо взяття на облік, отримання довідок про внутрішнє переміщення, призначення соціальної виплати, оформлення документів, реєстрації за місцем перебування (WikiLegalAid, 2024). Складність нормативно-правової бази та її частини змінюються в умовах військового стану додатково бар’єри для самостійного орієнтування переселенців у систему соціального захисту.

Інформація про можливості працевлаштування охоплює надання інформації про вакансії, умови працевлаштування, програми перенавчання та підвищення кваліфікації, можливості започаткування власної справи. Державна служба зайнятості зайнятості інформаційно-консультаційне обслуговування ВПО, надаючи послуги з професійної орієнтації, підбору підхідної роботи, організації професійного навчання (Смаль, Позняк, 2016). Підвищення інформованості ВПО про можливості працевлаштування, житлові умови та соціальні послуги сприятиме їх інтеграції та адаптації (Міська цільова програма підтримки та інтеграції ВПО у м. Києві, 2024).

Інформаційна підтримка щодо доступу до освітніх послуг є особливо актуальною для сімей з дітьми. ВПО потребують інформацію про порядок зарахування дітей до дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, можливості дистанційного навчання, визнання результатів попереднього навчання, доступ до позашкільної освіти (Prometheus, 2022). Окрему увагу слід приділяти інформації про можливості здобуття вищої освіти, програми академічної мобільності та стипендіальні програми для студентів-переселенців.

Сучасні технології суттєво розширюють можливості інформаційного забезпечення ВПО. Функціонують спеціалізовані інтернет-ресурси, мобільні застосунки, чат-боти, гарячі лінії, що надають актуальну інформацію про доступні послуги та допомогу. Міжнародна організація з міграції (МОМ), УВКБ ООН та інші міжнародні організації підтримують інформаційні платформи, які агрегують відомості про гуманітарну допомогу, соціальні послуги, правову підтримку (МОМ Україна, 2024). Водночас слід слідувати, що частина ВПО, особливо літнього віку, має обмежений доступ до цифрових технологій або низький рівень цифрової грамотності, що вимагає збереження традиційних форм інформації.

Соціальні працівники забезпечують роботу навігаторів у системі послуг, допомагаючи ВПО орієнтуватися в інформаційному просторі та отримувати актуальну інформацію відповідно до своїх індивідуальних потреб. При необхідності забезпечити фізичний супровід до органів державної влади та місцевого самоврядування, що особливо важливо для вразливих категорій переселенців (ГО «Десяте квітня», 2024).

Психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб є невід'ємним компонентом системи соціального супроводу, спрямованої на збереження та відновлення психічного здоров'я людей, які пережили травматичний досвід вимушеного переміщення. В умовах військового конфлікту ВПО відзначають

суттєвий психологічний стрес та травматичні події, пов’язані із внутрішньою їх домівкою, загрозою для особистої безпеки, розривом соціальних зв’язків та невизначеністю майбутнього (Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2023).

Перша психологічна допомога (ППД) включає надання постраждалій особи емоційної, фізичної, соціальної підтримки та посилення відчуття безпеки. Першочергово внутрішньо переміщені сім’ї потребують задоволення базових потреб та отримують доступ до відповідних послуг, а також допомогу у вирішенні їхніх нових проблем (Каменщук, 2022). Найбільш розширені потреби на цьому етапі охоплюють пошук тимчасового житла, доступ до їжі, води, санітарного забезпечення, медичних послуг, відновлення контакту з близькими людьми.

Психологічна травма, пов'язана з вимушеним переміщенням, може мати як негативні наслідки, так і стати причиною посттравматичного зростання. Ключовим завданням психологічної допомоги є перетворення травматичного досвіду на психологічне зростання, а не фіксація на травматичних подіях (Білогривий, 2022). Серед симптомів травматичних розладів у ВПО офіційно спостерігаються нав'язливі спогади аж до флешбеків, коли людина повністю переноситься у стан травматичної події та втрачає відчуття реальності. Поширеними є також сни-жахіття, що повторюються й відтворюють фрагменти травматичної події, симптоми уникнення, коли людина намагається абстрагуватися від травматичних переживань.

Система психосоціальної підтримки ВПО включає кілька рівнів інтервенцій. На базовому рівні знаходяться послуги, спрямовані на забезпечення безпеки, задоволення базових потреб та доступу до інформації. Другий рівень охоплює підтримку громади та сім’ї - соціальні мережі, групи взаємопідтримки, громадські ініціативи. Третій рівень включає спеціалізовану психологічну допомогу, яку надають психологі та соціальні працівники. Четвертий рівень проведення клінічних інтервенцій для осіб із серйозними психічними розладами (Титаренко, 2018).

Індивідуальне психологічне консультування дозволяє ВПО поділитися своїми переживаннями та емоціями, отримати підтримку та навчитися ефективним стратегіям подолання стресу. Психологи працюють з внутрішньо переміщеними особами, які потребують від психологічних травм, допомагаючи їм оволодіти навичками саморегуляції, адаптуватися до нових умов та відновити психічний стан (Чорноморський національний університет імені

Петра Могили, 2023). Когнітивно-повідінкова терапія, терапія травми, десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR) є доказово ефективними методами роботи з травматичним досвідом.

Групові форми психологічної підтримки мають особливе значення для ВПО, через що можна зменшити відчуття ізоляції та отримати підтримку від людей зі схожим досвідом. Групова терапія може бути корисною, після чого люди можуть спілкуватися з іншими, хто пережив схожі травматичні переживання, і взаємно підтримувати один одного (Психологічні виклики внутрішньо переміщених осіб в Україні, 2025). Групи взаємопідтримки, терапевтичні групи та групи з розвитку соціальних навичок рекомендуються як ефективні методи психологічної допомоги переселенцям.

Психологічна підтримка дітей ВПО потребує особливої уваги, остання дитина є найбільш вразливою категорією до впливу травматичних подій. Діти, які пережили травмуючий досвід внаслідок воєнних подій, потребують допомоги фахівця для формування навичок адаптації до нових умов життя, саморегуляції та самодопомоги (Help Us Help UA, 2024). Психологічна допомога необхідна для запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей, які пережили стресову подію або надзвичайно загрозливу чи катастрофічну травму.

В Україні функціонує розгалужена система психологічної допомоги ВПО, що включає гарячі лінії (лінія Національної психологічної асоціації, лінію емоційної підтримки МОМ), центри психічного здоров'я, мобільні бригади психологів, онлайн-консультування (МОЗ України, 2024). Партнерство з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ, Міжнародний комітет Червоного Хреста, УВКБ ООН, дозволяє залучати додаткові ресурси для реалізації програми психологічної допомоги (Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2023).

Сприяння працевлаштуванню та навчанню

Економічна інтеграція внутрішньо переміщених осіб є одним із ключових напрямків соціального супроводу, запобігає працевлаштуванню, що забезпечує лише матеріальну стабільність, а й сприяє психологічному благополуччю, соціальній інклюзії та формуванню нової ідентичності в приймаючій громаді. Дослідження засвідчують, що можливість працевлаштування та отримання стабільного доходу є одними з основних прагнень ВПО поряд із забезпеченням житлом та безпекою (Смаль, Позняк, 2016).

Державна служба зайнятості надає внутрішньо переміщеним особам повний спектр послуг із сприяння працевлаштуванню: інформаційно-консультаційні послуги, професійну орієнтацію, підбір підхідної роботи, організацію професійного навчання, сприяння початку підприємницької діяльності (WikiLegalAid, 2024). Перереєстрація безробітних, які отримали статус ВПО, забезпечення державною службою зайнятості за місцем фактичного проживання особи в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Визначимо види соціальних послуг для ВПО (табл.3.8.).

Таблиця 3.8.

Види соціальних послуг для внутрішньо переміщених осіб

Вид послуг	Зміст	Надавачі
Інформаційні послуги	• Консультування щодо прав та пільг • Інформування про доступні послуги • Правова просвіта • Навігація в системі допомоги	• ЦНАП • Соціальні служби • Громадські організації • Гарячі лінії
Психологічна підтримка	• Індивідуальне консультування • Групова терапія • Кризова інтервенція • Психоедукація	• Центри психічного здоров'я • Психологічні служби • МОМ, УВКБ ООН • Громадські організації
Соціальний супровід	• Оцінка потреб • Планування допомоги • Координація послуг • Моніторинг	• Територіальні центри • Служби у справах дітей • Центри соціальних служб
Матеріальна допомога	• Грошові виплати • Гуманітарна допомога • Забезпечення житлом • Оплата комунальних послуг	• Органи соцзахисту • Благодійні фонди • Міжнародні організації • Волонтерські ініціативи
Сприяння зайнятості	• Профорієнтація • Перенавчання • Пошук роботи • Підтримка підприємництва	• Державна служба зайнятості • Центри перекваліфікації • Бізнес-інкубатори

Серед основних бар'єрів до працевлаштування ВПО дослідники виділили: невідповідність кваліфікації потребам місцевого праці, низький рівень оплати

праці на доступних ринкових роботах, наявність побутових проблем (зокрема, питань догляду за дітьми та літніми батьками), віддаленість місця роботи з місця проживання, психологічні бар'єри, пов'язані з травматичним досвідом та адаптаційним стресом (Міська). цільова програма підтримки та інтеграції ВПО у м. Києві, 2024). Окремою проблемою є низький рівень мотивації до працевлаштування в частинах ВПО, що може бути пов’язано з невизначеністю тривалості перебування на новому місці та очікуванням повернення назад.

Професійне навчання та передача кваліфікації є інструментами підвищення конкурентоспроможності ВПО на ринку праці. Програми професійного навчання не можуть отримати нову спеціальність або підвищити кваліфікацію до місцевих роботодавців. Особливо важливо приділити навчанню цифрових навичок, які розширюють можливості дистанційної зайнятості та самозайнятості. Освітні тренди у розвитку професійних навичок та соціальної адаптації ВПО включають короткострокові курси, тренінги, програми навчання (Пристай, 2025).

Підтримка підприємницької діяльності ВПО забезпечує навчання основам бізнесу, консультування з питань реєстрації та ведення підприємницької діяльності, сприяння доступу до фінансових ресурсів. Дослідження забезпечують наявність значного підприємницького потенціалу серед внутрішньо переміщених осіб, реалізацію якого запропоновано браком стартового капіталу, недостатньою інформованістю про можливості та програмно-підтримувані, адміністративними бар’єрами (Інститут економіки промисловості НАН України, 2024).

Для взяття на облік внутрішньо переміщеної особи реалізація прав на зайнятість здійснюється відповідно до законодавства України нарівні з іншими громадянами. ВПО мають право на отримання допомоги по безробіттю, участь у громадських роботах, професійне навчання за направленням служби зайнятості (Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», 2014). Водночас окремі програми підтримки працевлаштування ВПО, включаючи компенсацію роботодавцям за працевлаштування переселенців (Рада Європи, Офіс в Україні, 2024).

Доступ до освітніх послуг є не меншим аспектом соціального супроводу ВПО. Діти внутрішньо переміщених осіб мають право на зарахування до дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів за місцем фактичного проживання без додаткових вимог. Особлива увага передбачає забезпечення психологічного супроводу дітей-переселенців у навчальних закладах, адаптацію

освітнього процесу до їхніх потреб (Prometheus, 2022). Студенти-переселенці можуть продовжувати навчання в закладах вищої освіти з результатами попереднього навчання.

Освіта дорослих та навчання впродовж життя набувають особливого значення в контексті адаптації ВПО. Програми неформальної освіти, курси підвищення кваліфікації, мовні курси сприяють підвищенню адаптивності переселенців до нових умов життя та розширюють їхні можливості на ринку праці. Важливо налагодити взаємодію ВПО зі службою зайнятості, щоб у майбутньому вони мали більше шансів на працевлаштування (Марчак, 2025).

Інтеграція приймальні громади

Інтеграція внутрішньо переміщених осіб у приймаючі громади є кінцевою платою соціального супроводу, що забезпечує не лише задоволення базових потреб переселенців, а й їхнє повноцінне включення до соціального, економічного та культурного життя нової громади.

Під терміном **«інтеграція»** вирішити системний процес залучення переміщених осіб у всі сфери життя приймаючих громад - побутову, економічну, культурну - аж до появи нової ідентичності як жителів громади, а не ВПО (Практики інтеграції внутрішньо-переміщених осіб у приймаючі громади, 2023).

Інтеграція є двостороннім процесом, що забезпечує взаємну адаптацію - як переселенців до нових громад, так і людей до ВПО, створення між ними сталих і системних зв’язків, повноцінного залучення ВПО в соціальну тканину громади (Практики інтеграції внутрішньо-переміщених осіб у приймальні громади, 2023). Відповідно з визначенням Б. Харрелл-Бонд, інтеграція в якості ситуації, в якій громаді, що приймають, і переміщені особи можуть співіснувати, розділяючи ці ресурси без більших взаємних конфліктів, ніж те, що в самій громаді (Тітар, 2016).

Дослідники виокремлюють *кілька взаємопов'язаних вимірів інтеграції ВПО*. *Економічна інтеграція* охоплює доступ до ринку праці, можливості отримання доходу, участь в економічному житті громади. *Правова інтеграція* забезпечення рівного доступу до правового захисту, можливості реалізації громадянських прав та свобод. *Психологічна інтеграція* включає відчуття приналежності до громади, позитивну самоідентифікацію, психологічний комфорт. *Соціокультурна інтеграція* охоплює участь у культурному та громадському житті, формуванні соціальних зв'язків. *Освітня інтеграція*

забезпечує рівний доступ до освітніх послуг можливостей розвитку (Інтеграція внутрішньо переміщених осіб у приймальні громади, 2025) (табл.3.9.).

Таблиця 3.9.

Виміри інтеграції ВПО у приймаючі громади

Вимір інтеграції	Зміст та показники	Індикатори успішності
Економічна	• Працевлаштування • Рівень доходу • Економічна самостійність • Підприємницька активність	• Наявність стабільної роботи • Дохід на рівні місцевого населення • Незалежність від соціальних виплат
Правова	• Реєстрація та документи • Доступ до правосуддя • Реалізація громадянських прав • Правова обізнаність	• Наявність всіх документів • Рівний доступ до послуг • Участь у виборах
Соціокультурна	• Соціальні зв'язки • Участь у громадському житті • Культурна адаптація • Міжгрупова взаємодія	• Дружні стосунки з місцевими • Участь у громадських заходах • Відсутність конфліктів
Психологічна	• Відчуття приналежності • Психологічне благополуччя • Позитивна ідентичність • Життєва задоволеність	• Ідентифікація з громадою • Плани залишитися • Позитивна оцінка майбутнього
Освітня	• Доступ до освіти • Визнання кваліфікацій • Інтеграція дітей у школи • Навчання дорослих	• Охоплення дітей освітою • Успішність навчання • Підвищення кваліфікації

Стратегія державної політики щодо внутрішнього переміщення на період до 2025 року спрямована на запровадження комплексних та дієвих механізмів державного реагування на виклики, які постають через вимушене внутрішнє

переміщення, у ході соціальної адаптації та інтеграції ВПО в приймальні громади (Панькова, 2023). *Основні цілі стратегії включають: забезпечення житлом, працевлаштування, освіту, соціальний захист, медичні послуги, доступ до документів та власну інтеграцію в приймаючі громади.*

Соціальна згуртованість громади є важливою передумовою успішної інтеграції ВПО. Згуртованість вимірюється як об'єктивними показниками - рівнем соціальної нерівності, доступністю до ресурсів, якістю міжгрупових відносин, так і суб'єктивними - відчуттям належності, довірою, ідентифікацією з громадою. Для переміщених осіб відчуття належності до громади, в якій вони знайшли прихисток, має вирішальне значення (Проскуренко, 2023). Переміщені особи приймаються у громаду додаткові таланти та досвід, що може стати ресурсом розвитку прийнятої громади.

Наведено рівні інтеграції (низький, середній і високий) та обґрунтовано їх індикатори. До індикаторів високого рівня інтеграції належать: вирівнювання соціальних та економічних показників; ідентифікація ВПО як рівноправних суб'єктів місцевої громади; безконфліктна стійка взаємодія; ефективне партнерство; задоволення соціальним статусом; визнання культурних цінностей громади; позитивне сприйняття оточення й себе в ньому; позитивна динаміка демографічних показників; зв'язок майбутнього з громадою та нарощування ресурсів (Приймаюча громада як суб'єкт інтеграції внутрішньо переміщених осіб, 2024).

Ефективними інструментами соціальної та культурної інтеграції ВПО є: залучення до місцевих громадських ініціатив та волонтерської діяльності; у культурному житті громади, долучення до мистецьких проєктів та арт-терапії; створення спільних майданчиків для діалогу між ВПО та представниками місцевої громади; робочі групи з розвитку громад; консультативні механізми із наданням залучення ВПО до процесу прийняття рішень на місцевому рівні (Право на захист, 2023).

Результати досліджень показують, що більшість громад та організацій залишаються на рівнях забезпечення базових потреб проживання ВПО – розселення, харчування, забезпечення побуту (Практики інтеграції внутрішньо-переміщених осіб у приймаючі громади, 2023). Значення слова «інтеграція», як і значення цього процесу для громади, респонденти часто розуміють недостатньо, тому плутають заходи інтеграції із заходами соціального захисту. Це необхідно для забезпечення системної роботи з підвищення обізнаності громади про сутність та механізми інтеграції ВПО.

Розробка інклюзивних політик та програм, комплексних стратегій інтеграції, які враховують специфічні потреби ВПО та сприяють їх соціальній та економічній інтеграції в приймаючі громади, включають вдосконалення законодавчої бази, розширення доступу до основних послуг та створення умов соціальної адаптації та економічної активності ВПО (Стратегії та виклики інтеграції ВПО). у територіальних громадах, 2024).

Успішність процесу інтеграції в значній мірі наявною участю та поза самими активно вимушеними переселенцями, їхньою позицією та готовністю до побудови життя на новому місці.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 3.1. Теоретичні засади соціальної роботи в кризових умовах

1. Розкрийте сутність поняття «криза» в контексті соціальної роботи. Які типи кризу виокремлюють дослідники?
2. Розкажіть про основні принципи надання соціальних послуг в умовах воєнного стану.
3. У чому виникає специфіка соціальної роботи в умовах збройного конфлікту з мирним часом?
4. Назвіть та охарактеризуйте основні категорії вразливого населення в умовах військового стану.
5. Які нормативно-правові акти регулюють надання соціальних послуг в умовах військового стану в Україні?
6. Розкрийте зміст травмаінформованого підходу в соціальній роботі.
7. Які етичні дилеми забезпечені у соціальних працівників в умовах кризи?

До теми 3.2. Соціальна робота з сім'ями в кризових ситуаціях

1. Відзначте вплив військового конфлікту на функціонування сімейної системи.
2. Які особливості має соціальна робота з сім'ями, що переживають втрату?
3. Розкрийте специфіку роботи з сім'єю військовослужбовців.
4. Які форми підтримки сімей з дітьми є найбільш ефективними в умовах кризи?

5. Охарактеризуйте роль міжвідомчої взаємодії у забезпеченні захисту сімей у кризових умовах.
6. Які ресурси громади можуть бути залучені для підтримки сімей?

До теми 3.3. Соціальний захист дітей в умовах збройного конфлікту

1. Визначте основні ризики для дітей в умовах збройного конфлікту.
2. Охарактеризуйте міжнародні стандарти захисту дітей у збройних конфліктах.
3. Які особливості має психосоціальна підтримка дітей, постраждалих від війни?
4. Розкрийте механізми забезпечення права дитини на освіту в умовах військового стану.
5. Які категорії дітей потребують першочергової уваги соціальних служб?
6. Ознайомтеся з характером закладів освіти у введенні та підтримці дітей, які постраждали від конфлікту.

До теми 3.4. Робота з ветеранами та особами з ПТСР

1. Розкрийте особливості посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій.
2. Які чотири основні кластери симптомів характеризують клінічну картину ПТСР?
3. Охарактеризуйте рівень психосоціальної підтримки ветеранів.
4. У чому виникає специфіка індивідуальної психотерапії з ветеранами?
5. Яку роль відіграють групові форми підтримки в системі допомоги ветеранам?
6. Розкрийте сутність та етапи процесу реінтеграції комбатантів у цивільне життя.
7. Які виміри охоплює реінтеграцію (психологічний, соціальний, економічний, культурний)?
8. Охарактеризуйте основні напрями сімейної терапії для ветеранів родини.
9. Які фактори ризику суїцидальної поведінки серед ветеранів?

10. Розкрийте рівні профілактики суїцидів серед ветеранів (індивідуальний, міжособистісний, суспільний).

11. У чому виникає роль програми «рівний – рівному» у підтримці ветеранів?

До теми 3.5. Соціальний супровід внутрішньо переміщених осіб

1. Дайте визначення поняття «внутрішньо переміщена особа» відповідно до законодавства України.
2. Відзначте особливості адаптації ВПО до нових умов життя.
3. Які етапи проходять процес адаптації внутрішньо переміщених осіб?
4. Розкрийте зміст та форму надання інформаційних послуг ВПО.
5. Які компоненти включають систему психологічної підтримки ВПО?
6. Охарактеризуйте основні бар'єри до працевлаштування внутрішньо переміщених осіб.
7. Які програми сприяння зайнятості ВПО в Україні?
8. Розкрийте сутність поняття «інтеграція» щодо внутрішньо переміщених осіб.
9. Які виміри інтеграції ВПО виокремлюють дослідники?
10. Охарактеризуйте індикатори високого рівня інтеграції ВПО у приймаючу громаду.

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Повернення додому

Ситуація: Олександр, 34 роки, демобілізувався після двох років служби в Збройних Силах України. До війни працював інженером на великому підприємстві, мав сім'ю – дружину Марину (32 роки) та двох дітей (8 і 5 років). Під час служби брав участь у бойових діях, втратив кілька побратимів.

Після повернення Олександр став замкнутим, дратівливим, уникає розмов про службу. Має проблеми зі сном – часто прокидається від кошмарів. Відмовився повернутися на колишню роботу, стверджуючи, що «це все безглуздя». Багато часу проводите на самоті, дивлячись телевізором або

переглядаючи соціальні мережі. Різко реагує на гучні звуки – одного разу вдарив сина, коли той несподівано гукнув за спиною.

Дружина Марина звернулася до соціальної служби зі скаргою на те, що «чоловіка ніби підмінили». Вона зізнається, що боїться залишити дітей наодинці з батьком і не знає, як поводитися з ним. Діти стали тривожними, молодша дитина почала мочиться в ліжко.

Завдання для аналізу:

– Визначте основні проблеми, з якими зіткнулася сім'я.
– Які ознаки ПТСР ви можете ідентифікувати в поведінці Олександра?
– Як травматичний досвід батька впливають на інших членів сім'ї?
– Розробіть план соціального супроводу цієї сім'ї. Які фахівці будуть залучені?
– Які ресурси громади можна використати для підтримки цієї родини?
– Запропонуйте стратегію роботи з кожним членом сім'ї окремо та з сім'єю як системою.

КЕЙС 2. Нове життя у новому місті

Ситуація: Родина Петренків – мати Ольга (45 років), бабуся Галина Іванівна (72 роки, інвалідність II групи) та двоє дітей-підлітків Максим (16 років) та Аня (13 років) – переїхала з Маріуполя до Львова у березні 2022 року. Батько родини загинув під час обстрілу.

Через два роки після переїзду родина досі проживає в орендованій однокімнатній квартирі. Ольга працює продавчиною з мінімальною зарплатою, хоча має вищу освіту та досвід роботи бухгалтером. Грошей ледве вистачає на найнеобхідніше. Бабуся потребує постійного догляду та ліків, які родина не може собі дозволити.

Максим почав прогулювати школу, зв'язавшись з «поганою компанією», має конфлікти з однокласниками, які називають його «донецьким». Аня, навпаки, замкнулася в собі, майже не спілкується з однолітками, роками сидить у телефоні, різко погіршилась успішність.

Ольга перебуває у стані хронічної втоми та пригніченості. Вона зізнається соціальному працівнику: «Я не бачу вихід. Нас тут ніхто не чекав. Якщо думаю - навіщо ми взагалі виїхали...»

Завдання для аналізу:

- Визначте основні потреби кожного члена родини.
- На якому етапі адаптації, на вашу думку, перебуває ця сім'я?
- Які фактори забезпечують інтеграцію родини в приймаючу громаду?
- Розробіть комплексний план соціального супроводу родини.
- Які соціальні послуги та програми підтримки можуть бути рекомендовані цій країні?
- Яким чином можна сприяти інтеграції дітей у шкільне середовище?
- Запропонуйте заходи щодо економічної інтеграції Ольги.

КЕЙС 3. Між двома світами

Ситуація: Андрій, 28 років, ветеран, отримав поранення під час бойових дій, внаслідок чого втратив ногу. Після реабілітації повернувся до рідного міста. До служби Андрій був успішним фітнес-тренером, мав власний бізнес.

Андрій отримав протез, пройшов курс фізичної реабілітації, проте відмовляється виходити з дому. Він розірвав стосунки з нареченою, пояснивши: «Не хочу бути тягарем». Відхиляє пропозиції друзі зустрітися, не відповідає на дзвінки. Єдині контакти підтримуються з побратимами через чат.

Батьки Андрія, з якими він проживає, вкрай стурбовані його станом. Мати помітила, що син почав вживати алкоголь. Батько, намагаючись «струсити» сина постійно, докоряє йому за бездіяльність, що призводить до конфліктів.

Андрій звернувся до центру зайнятості з питань перекваліфікації, однак після першої консультації більше не з'явилося. Фахівець центру зайнятості передала інформацію до соціальної служби.

Завдання для аналізу:

- Які виклики реінтеграції переживає Андрій?
- Визначте фактори ризику в цій ситуації.
- Які психологічні потреби Андрія не задоволені?
- Як можна залучити ресурси ветеранської спільноти для підтримки Андрія?
- Розробіть стратегію встановлення контакту з Андрієм.
- Запропонуйте план роботи з батьками Андрія.
- Які програми економічної реінтеграції можуть бути запропоновані?

КЕЙС 4. Громада, що продовжує

Ситуація: Територіальна громада міста Н. (населення 35 000 осіб) прийняла близько 4 000 внутрішньо переміщених осіб. На початку переміщення громада активно допомагала - організовувала збір речей, надавала тимчасове житло, волонтери готували її.

Через два роки ситуація змінилася. Частина місцевих мешканців висловлює невдоволення: «Переселенці займають наші робочі місця», «Вони підтримують допомогу, а ми ні», «Коли вони вже поїдуть?». Виникають конфлікти в чергах до лікарів, у школах. Місцева газета опублікувала статтю про злочин, скоєний переселенцем, що посилило напругу.

Водночас частина ВПО також незадоволена: «Нас тут не приймають», «Ми для них чужі», «Місцеві вважають, що ми приїхали на все готове». Багато переселенців живуть ізольовано, спілкуючись лише між собою.

Міський голова звернувся до соціальної служби з проханням розробити програму соціальної згуртованості громади.

Завдання для аналізу:

– Визначте причини напруженості у відносинах між ВПО та місцевим населенням.
– Які механізми соціальної інтеграції не працюють в цій громаді?
– Розробіть програму заходів, спрямованих на зміцнення соціальної згуртованості.
– Запропонуйте комунікаційну стратегію для подолання стереотипів та упереджень.
– Які спільні активності можуть об'єднати місцевих мешканців та ВПО?
– Як залучити самих ВПО до процесу інтеграції як активних учасників?

КЕЙС 5. Діти війни

Ситуація: До загальноосвітньої школи у вересні було зараховано 8-річного Дениса, який разом з мамою переїхав з деокупованої території. Хлопчик провів три місяці в окупації, був свідком обстрілів, бачив загиблих.

Класний керівник звернувся до шкільного психолога зі скаргами на поведінку дитини: Денис не може всидіти на місці, часто відволікається, агресивно реагує на зауваження, під час перерв б'ється з однокласниками. Під

час уроку, коли несподівано заграла сирена (навчальна тривога), Денис сховався під парту і почав плакати.

Інші батьки почали скаржитися на «агресивного хлопчика» і вимагати його переведення в інший клас. Мама Дениса працює на двох роботах і не має можливості приділити дитині достатньо уваги. Вона зізнається: «Я сама ледве тримаюся. Не знаю, як йому допомогти».

Завдання для аналізу:

– Який прояв травматичного досвіду ви спостерігаєте в поведінці Дениса?
– Визначте потреби дитини та її матері.
– Розробіть план психосоціальної підтримки Дениса в умовах школи.
– Як працювати з класним колективом для інтеграції дитини?
– Запропонуйте стратегію взаємодії з батьками інших учнів.
– Які ресурси громади можна залучити для підтримки цієї родини?
– Яку роль має сплескувати міжвідомча взаємодія в цьому випадку?

КЕЙС 6. Профілактика кризи

Ситуація: До кризової служби зателефонувала дружина ветерана Сергія (38 років). Вона повідомила, що чоловік демобілізувався місяць тому після важкого поранення та контузії. В останні дні він став дуже замкнутим, роздав друзям деякі особисті речі, написав лист синові «на майбутнє». Вчора Сергій сказав дружині: «Вам без мене буде краще. Я більше не можу так жити».

Дружина запитує, що їй робити. Сергій зараз удома, лежить у кімнаті. Зброї вдома немає, але є милівські ножі чоловіка.

Завдання для аналізу:

– Оцініть рівень суїцидного ризику в цій ситуації.
– Які невідкладні дії має вжити дружина?
– Які попередні ознаки суїцидального ризику присутні в цій ситуації?
– Розробіть алгоритм дій кризової служби.
– Який план безпеки можна запропонувати для цієї родини?
– Які ресурси кризової допомоги мають бути залучені?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. «Розробка індивідуального плану супроводу»

Мета: Сформувати навички планування соціального супроводу клієнта.

Інструкція:

На основі одного з кейсів (за вибором) розробити індивідуальний план соціального супроводу.

План має включати:

- Оцінку потреби клієнта/сім'ї (з використанням відповідного інструменту оцінки)
- Визначення сильних сторінок та ресурсів клієнта
- Формулювання короткострокових та довгострокових цілей
- Перелік послуг та інтервенцій
- Визначення відповідних осіб/установ
- Терміни реалізації
- Індикатори досягнення цілей
- План моніторингу та перегляду

Форма звітності: Заповнена форма індивідуального плану + обґрунтування прийнятих рішень.

Завдання 2. «Перша психологічна допомога»

Мета: Відпрацювати навички надання першої психологічної допомоги.

Інструкція: Робота у парах. Один учасник грає роль соціального працівника, інший - роль клієнта (оберіть одну із ситуацій):

Ситуація А: Жінка-ВПО щойно зрозуміла, що її будинок у рідному місці повністю зруйновано. Вона плаче, тремтить, повторює: «Там залишилися всі фотографії мами... Там було все моє життя...»

Ситуація Б: Молодий ветеран прийшов на консультацію. Виглядає напружено, постійно оглядається. Раптово почулася сирена повітряної тривоги. Чоловік впав на підлогу, закрив голову руками, важко дихає.

Ситуація В: Підліток-ВПО сидіти в кутку кімнати, розгойдується, не реагує на звернення. За словами мами, хлопчик «відключився» після того, як почув новини про обстріл його рідного міста.

Завдання:

- Застосуйте принципи першої психологічної допомоги (дивись, слухай, з'єднуючий).

Після рольової гри обговоріть:

- Що вдалося?
- Які труднощі виникли?
- Що можна було зробити інакше?

Форма звітності: Рефлексивний запис про досвід (1 сторінка).

Завдання 3. «Інформаційний буклет»

Мета: Розвинути навички створення інформаційних матеріалів для вразливих категорій населення.

Інструкція: Розробіть інформаційний буклет для однієї з цільових груп:

Варіант А: «Що потрібно знати ветерану: права, послуги, куди звернутися» (для ветеранів, які щойно демобілізувалися).

Варіант Б: «Перші кроки на новому місці: пам'ятка для внутрішньо переміщеної особи».

Варіант В: «Як підтримати дитину, яка пережила травматичний досвід: поради для батьків».

Варіант Г: «Як зрозуміти та підтримати свого чоловіка/батька після повернення з війни: інформація для ветеранів родини».

Вимоги до буклету:

- Зрозуміла мова, без професійного жаргону
- Структурована інформація
- Практичні поради та алгоритми дій
- Контактна інформація служб та організацій
- Візуальна привабливість

Форма звітності: Готовий буклет (формат А4, 2-3 сторінки).

Завдання 4. «Оцінка програми інтеграції ВПО»

Мета: Сформувати навички критичного аналізу програми та політики.

Інструкція:

- Знайдіть у відкритому доступі програму підтримки/інтеграції ВПО (місцеву, регіональну або державну).
- Проаналізуйте програму за такими критеріями:
- Відповідність потребам цільової групи
- Комплексність (чи охоплені всі виміри інтеграції?)
- Реалістичність цілей та завдань
- Достатність ресурсного забезпечення
- Наявність механізмів моніторингу та оцінки
- Участь самих ВПО у розробці та реалізації
- Сформулюйте рекомендації щодо вдосконалення програми.

Форма звітності: Аналітична записка (3-4 сторінки).

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як змінюються підходи до соціальної роботи з дорослими в умовах сучасних соціальних викликів (війна, міграція, економічна нестабільність)?
2. У чому полягають відмінності між індивідуальною, груповою та громадською роботою з дорослими і коли кожна з них є найбільш ефективною?
3. Як поєднати стандартизовані технології соціальної роботи з індивідуальними потребами дорослого клієнта?
4. Яку роль відіграє мотивація клієнта у процесі соціальної роботи і як її можна формувати або підтримувати?
5. Як технологія кейс-менеджменту впливає на якість соціальних послуг і які її обмеження?
6. Чи може соціальний працівник бути агентом змін у житті дорослої людини, чи його роль має обмежуватися підтримкою та супроводом?
7. Як враховувати життєвий досвід дорослого клієнта (зокрема травматичний) у процесі надання допомоги?
8. Які етичні дилеми виникають у роботі з дорослими клієнтами (наприклад, між автономією клієнта та необхідністю втручання)?
9. Як цифрові технології змінюють взаємодію з дорослими клієнтами та доступ до соціальних послуг?
10. Як оцінити ефективність технологій соціальної роботи з дорослими: через досягнення цілей клієнта чи через системні зміни в його житті?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Безпалько О. В., Зверєва І. Д., Кияниця З. п. та ін. (2017). Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посібник у 2-х частинах . Київ: ОБСЄ.

2. Богданов С. О., Гіроль С. І., Дуткевич Т. В. та ін. (2017). Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період . Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна».

3. Волошина В. О., Долинська Л. В., Ставицька С. О., Темрук О. В. (2018). Загальна психологія: практикум . Київ: Каравела.

4. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., Мельник А. п. та ін. (2018). Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія . Луцьк: Вежа-Друк.

5. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. та ін. (2019). Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник . Кропивницький: Імекс-ЛТД.

6. Трубавіна І. М., Куратченко І. Є. (2017). Сприяння соціальної роботи в умовах гуманітарної кризи: методичні рекомендації . Харків-Бердянськ: ХНПУ.

7. Додаткова література

8. Балакірєва О. М. (ред.). (2016). Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції . Київ: НАН України.

9. Богданов С., Залеська О., Луньова О. та ін. (2022). Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми: навчально-методичний посібник . Київ: МОН України.

10. Войналович В. (ред.). (2021). Ієрархія цінностей населення Сходу та Півдня України: етнополітичний аспект в умовах російської агресії . Київ: ІПіЕнД ім. І. ф. Кураса НАН України.

11. Каменщук Т. д. (2022). Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти , 1, 21–27.

12. Панькова О. В., Касперович О. ю. (2018). Напрями та механізми участі інститутів громадянського суспільства у створенні захищеного простору внутрішньо переміщених осіб в Україні. Український соціум , 4(67), 53–69.

13. Смаль В., Позняк О. (2016). Внутрішньопереміщені особи: соціальна та економічна інтеграція в приймаючих громадах . Київ.

14. Титаренко Т. М. (2018). Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації . Кропивницький: Імекс-ЛТД.

15. Федоренко О. (2018). Соціально-психологічні механізми адаптації та інтеграції внутрішньо переміщених осіб у громаду. Психологія , 41(1), 136–145.

Нормативно-правові акти

1. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20 жовтня 2014 року № 1706-VII.

2. Закон України «Про соціальні послуги» від 17 січня 2019 року № 2671-VIII.

3. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551-XII (зі змінами).

4. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо внутрішнього переміщення на період до 2025 року» від 28 жовтня 2021 р. № 1364-р.

5. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання виплати допомоги внутрішньо переміщеним особам» від 20 березня 2022 р. № 332.

Іншомовні джерела

1. Герман, Дж. Л. (2015). Травма та одужання: наслідки насильства – від домашнього насильства до політичного терору . Нью-Йорк: Basic Books.

2. Куо, Б.К. (2014). Подолання труднощів, акультурація та психологічна адаптація серед мігрантів: теоретичний та емпіричний огляд і синтез літератури. Психологія здоров'я та поведінкова медицина , 2(1), 16–33.

3. Пападопулос, Р.К. (2002). Біженці, дім і травма. Терапевтична допомога біженцям: немає місця кращого за дім . Лондон: Карнак.

4. ван дер Колк, бакалавр мистецтв (2014). Тіло веде рахунок: мозок, розум і тіло в процесі зцілення травми . Нью-Йорк: Viking.

5. Всесвітня організація охорони здоров’я. (2013). Керівні принципи щодо лікування станів, пов’язаних зі стресом . Женева: ВООЗ.

Електронні ресурси

1. УВКБ ООН в Україні – https://www.unhcr.org/ua/
2. Міжнародна організація з міграції (МОМ) – https://ukraine.iom.int/uk/
3. Міністерство соціальної політики України – https://www.msp.gov.ua/
4. Міністерство у справах ветеранів України – https://mva.gov.ua/
5. Платформа «Як там» – https://howareu.com/
6. Освітній курс Prometheus «Що має знати внутрішньо переміщена особа?» – https://prometheus.org.ua/
7. Інститут економіки промисловості НАН України. Проект «ВПО як ресурс розвитку» – https://iie.org.ua/vpo-jak-resurs-rozvitku/

РОЗДІЛ 4.
МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

4.1. Біопсихосоціальна модель здоров'я та функціонування

Сучасне розуміння здоров'я, хвороби та інвалідності зазнало суттєвої трансформації протягом останніх десятиліть. Традиційна біомедична модель, що домінувала в медицині та охороні здоров'я протягом більшої частини XX століття, розглядала захворювання виключно як біологічне явище, що потребує медичного втручання. Однак накопичення наукових даних про роль психологічних та соціальних факторів у виникненні, перебігу та наслідках захворювань призвело до формування нової парадигми - **біопсихосоціальної моделі здоров'я.**

Біопсихосоціальна модель була вперше запропонована американським психіатром та інтерністом Джорджем Енгелем (George L. Engel) у 1977 році в його класичній статті «The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine», опублікованій у журналі Science. Джордж Енгель стверджував, що домінуюча **біомедична модель** є недостатньою для розуміння та лікування багатьох захворювань, оскільки вона не враховує соціальні, психологічні та поведінкові виміри хвороби (Engel, 1977). За його переконанням, для адекватного розуміння страждань пацієнта та надання йому відчуття того, що його розуміють, клініцисти повинні одночасно звертати увагу на біологічні, психологічні та соціальні аспекти хвороби.

Біопсихосоціальна модель розглядає здоров'я та хворобу як результат динамічної взаємодії між біологічними факторами (генетика, фізіологія, анатомія), психологічними факторами (емоції, поведінка, когнітивні процеси) та соціальними факторами (культура, сім'я, соціально-економічний статус). Ця модель визнає, що кожен випадок захворювання є індивідуальним і потребує комплексного підходу до діагностики та лікування (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004) (табл.4.1.).

В Україні біопсихосоціальна модель активно впроваджується в систему реабілітації відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Згідно з цим законом, реабілітація має здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців, яка включає лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів та соціальних працівників. Така організація роботи дозволяє забезпечити

комплексний підхід до відновлення функціонування пацієнта з урахуванням усіх аспектів його життя.

Таблиця 4.1.

Порівняння моделей інвалідності

Критерій	Медична модель	Соціальна модель	Біопсихосоціальна модель
Визначення інвалідності	Дефект, патологія, порушення функцій організму	Результат бар'єрів суспільства, що обмежують участь	Взаємодія стану здоров'я та контекстуальних факторів
Локус проблеми	В індивіді (тіло, психіка)	У суспільстві (бар'єри, дискримінація)	У взаємодії особи та середовища
Мета втручання	Лікування, корекція, нормалізація	Усунення бар'єрів, зміна суспільства	Оптимізація функціонування та участі
Роль фахівців	Експерти, що визначають діагноз і лікування	Союзники у боротьбі за права	Партнери в команді, що фасилітують процес
Роль особи з інвалідністю	Пасивний пацієнт, об'єкт лікування	Активіст, суб'єкт прав	Активний учасник, експерт свого досвіду
Обмеження	Ігнорує соціальні бар'єри та контекст	Недооцінює роль медичних факторів	Складність практичного застосування

Розуміння основ анатомії та фізіології людини є фундаментальною передумовою для ефективної соціальної реабілітації.

Соціальний працівник, який працює у сфері реабілітації, повинен мати базові знання про будову та функціонування людського організму, щоб розуміти природу порушень, з якими стикаються клієнти, та ефективно взаємодіяти з медичними фахівцями в складі мультидисциплінарної команди.

Людський організм являє собою складну ієрархічну систему, що складається з клітин, тканин, органів та систем органів. Кожен рівень організації виконує специфічні функції, а порушення на будь-якому рівні може призводити до обмеження життєдіяльності людини. Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), функції організму поділяються на вісім основних категорій: ментальні функції; сенсорні функції та біль; функції голосу

та мовлення; функції серцево-судинної, кровотворної, імунної та дихальної систем; функції травної, ендокринної систем та метаболізму; сечостатеві та репродуктивні функції; нейром'язово-скелетні функції та функції руху; функції шкіри та пов'язаних з нею структур (ВООЗ, 2001).

Структури організму класифікуються аналогічно: структури нервової системи; око, вухо та пов'язані з ними структури; структури, залучені до голосоутворення та мовлення; структури серцево-судинної, імунної та дихальної систем; структури, пов'язані з травною, ендокринною системами та метаболізмом; структури, пов'язані із сечостатевою та репродуктивною системами; структури, пов'язані з рухом; шкіра та пов'язані з нею структури.

Особливо важливим для соціальної реабілітації є розуміння *функціонування нервової системи*, яка забезпечує координацію всіх процесів в організмі та взаємодію людини з навколишнім середовищем. Центральна нервова система (головний та спинний мозок) відповідає за обробку інформації, прийняття рішень, пам'ять, емоції та свідомість. Периферична нервова система забезпечує зв'язок між центральною нервовою системою та іншими частинами тіла. Пошкодження нервової системи внаслідок травм, інсультів, нейродегенеративних захворювань чи інших причин може призводити до широкого спектра порушень - від рухових до когнітивних та поведінкових.

Опорно-руховий апарат, що включає кістки, м'язи, суглоби, зв'язки та сухожилля, забезпечує можливість руху та підтримання пози тіла. Порушення функціонування цієї системи внаслідок травм, ампутацій, артритів чи інших захворювань суттєво обмежують мобільність людини та її здатність до самообслуговування. За даними досліджень, близько 8,6 мільйона американців повідомляють про інвалідність, пов'язану з артритом (Institute of Medicine, 2012), що підкреслює масштаб проблеми порушень опорно-рухового апарату.

Хронічні захворювання та інвалідність мають багатовимірний вплив на життя людини, що виходить далеко за межі суто медичних проявів. Дослідження показують, що хронічні хвороби впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування особи, суттєво знижуючи якість її життя (Megari, 2013).

За даними систематичних оглядів, хронічні захворювання обмежують функціональний статус людини, її продуктивність та якість життя, пов'язану зі здоров'ям (health-related quality of life, HRQoL), а також є основним чинником витрат на охорону здоров'я.

Фізичні обмеження, спричинені захворюваннями, можуть проявлятися у вигляді болю, втоми, зниження мобільності, порушень координації рухів, сенсорних дефіцитів тощо. Ці обмеження безпосередньо впливають на здатність людини виконувати повсякденні активності – самообслуговування, ведення домашнього господарства, пересування, спілкування. Дослідження показують, що наявність хронічних захворювань певною мірою обмежує фізичне функціонування, що призводить до зниження фізичної активності серед осіб похилого віку з хронічними хворобами (Chen et al., 2024).

Психологічний вплив хронічних захворювань є не менш значущим. Постійне управління симптомами, медичні призначення та зміни способу життя можуть призводити до підвищеного стресу, тривоги та депресії. Дослідження підтверджують, що депресія є найбільш інвалідизуючим станом серед хронічних захворювань (Megari, 2013). Мета-аналіз показав значний зв'язок між мультиморбідністю (наявністю кількох хронічних захворювань) та депресією (Read et al., 2017). При цьому депресивні симптоми негативно впливають на якість життя в усіх доменах незалежно від типу хронічного захворювання (Mohammed et al., 2022).

Соціальні наслідки хронічних захворювань включають порушення соціальних відносин, соціальну ізоляцію та зниження якості соціальних взаємодій. Люди з хронічними захворюваннями можуть стикатися з труднощами у підтриманні соціальних контактів, участі у сімейних подіях та громадських заходах через фізичні обмеження або страх загострення симптомів (Van Hees et al., 2021). Порушення слуху, зору та здатності безпечно користуватися сходами також сприяють соціальній ізоляції.

Економічний вимір впливу захворювань включає прямі медичні витрати (ліки, лікування, медичні візити) та непрямі втрати (зниження або втрата працездатності, потреба у догляді). Дослідження показують, що соціальні потреби та хронічні захворювання можуть бути двонаправлено пов'язаними – незадоволені соціальні потреби погіршують стан здоров'я, а погане здоров'я заважає задоволенню соціальних потреб (Chambers et al., 2021). Фінансовий тягар захворювання є медіатором між кількістю хронічних захворювань та депресивними симптомами у людей похилого віку (Park et al., 2024).

Важливо розуміти, що вплив захворювання на функціонування людини опосередковується численними факторами: тяжкістю захворювання, його прогнозом, наявністю супутніх захворювань, віком пацієнта, його психологічними ресурсами, соціальною підтримкою, доступністю медичної

допомоги та реабілітаційних послуг. Одне й те саме захворювання може мати суттєво різний вплив на життя різних людей залежно від цих контекстуальних факторів.

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ)

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ, англ. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) є стандартизованою системою класифікації здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям станів, розробленою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). МКФ була офіційно схвалена всіма 191 державами-членами ВООЗ на 54-й Всесвітній асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54.21) як міжнародний стандарт для опису та вимірювання здоров'я та інвалідності.

МКФ базується на біопсихосоціальній моделі і концептуалізує інвалідність не як проблему, що притаманна виключно індивіду, а як досвід здоров'я, що виникає в певному контексті. Згідно з моделлю МКФ, інвалідність та функціонування є результатами взаємодії між станами здоров'я (захворюваннями, розладами, травмами) та контекстуальними факторами (Schneidert et al., 2003). Це радикальний зсув від акцентування уваги на інвалідності людей до фокусування на рівні здоров'я та функціональних можливостях усіх людей.

Структура МКФ складається з двох основних частин. Перша частина охоплює функціонування та інвалідність і включає два компоненти: функції та структури організму, а також активність та участь. Друга частина охоплює контекстуальні фактори і також включає два компоненти: фактори навколишнього середовища та особистісні фактори (Рис. 4.1.).

Компонент «Функції та структури організму» класифікує фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції) та анатомічні структури тіла (органи, кінцівки та їх компоненти). Порушення функцій та структур організму визначаються як значні відхилення або втрата функції чи структури. Наприклад, порушення може включати втрату кінцівки, порушення зору чи слуху, когнітивні порушення тощо.

Рис. 4.1 Структура Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ)

Розкриємо зміст компонентів МКФ та надамо їх характеристику (табл. 4.2).

Таблиця 4. 2.

Компоненти МКФ та їх характеристика

Компонент	Визначення	Приклади
Функції організму	Фізіологічні функції систем організму, включаючи психічні функції	Зір, слух, пам'ять, увага, функції серця, дихання
Структури організму	Анатомічні частини тіла: органи, кінцівки та їх компоненти	Око, вухо, мозок, серце, кінцівки, суглоби
Активність	Виконання завдань або дій індивідом	Ходьба, їжа, одягання, читання, письмо, спілкування
Участь	Залучення до життєвих ситуацій у суспільстві	Навчання, робота, відпочинок, громадська діяльність
Фактори середовища	Фізичне, соціальне та ставленнєве середовище, в якому живе людина	Архітектура, транспорт, послуги, ставлення, політика
Особистісні фактори	Індивідуальні характеристики особи, не пов'язані зі станом здоров'я	Вік, стать, освіта, професія, характер, копінг-стратегії

Компонент «Активність та участь» охоплює повний спектр доменів, що позначають аспекти функціонування з індивідуальної та суспільної перспектив. Активність визначається як виконання завдання або дії індивідом, а участь – як залученість до життєвих ситуацій. Обмеження активності - це труднощі, які може мати індивід при виконанні активностей, а обмеження участі – це проблеми, які може переживати індивід при залученості до життєвих ситуацій. До доменів активності та участі належать: навчання та застосування знань; загальні завдання та вимоги; спілкування; мобільність; самообслуговування; побутове життя; міжособистісні взаємодії та стосунки; основні сфери життя; громадське, соціальне та громадянське життя.

Важливою інновацією МКФ є розрізнення між «здатністю» (capacity) та «виконанням» (performance). Здатність описує, що людина може робити в стандартизованому середовищі (наприклад, під час клінічної оцінки) без допомоги. Виконання описує, що людина фактично робить у своєму звичному середовищі (наприклад, вдома). Розрив між цими двома конструктами відображає вплив факторів навколишнього середовища на активність та участь і може спрямовувати інтервенції (Physiopedia, 2023).

Компонент «Фактори навколишнього середовища» включає всі аспекти фізичного, побудованого людиною, соціального та ставленнєвого середовища, в якому люди живуть та здійснюють своє життя. Ці фактори можуть виступати як бар'єри або як фасилітатори функціонування людини. Вони організовані в послідовності від найближчого середовища індивіда до загального середовища і включають: продукти та технології; природне та побудоване середовище; підтримку та стосунки; ставлення; послуги, системи та політики.

Особистісні фактори (стать, вік, раса, освіта, професія, стилі копінгу, соціальне походження, виховання тощо) визнаються в МКФ як важливі чинники, що впливають на досвід інвалідності, однак вони не класифікуються в поточній версії класифікації через широку варіабельність серед культур.

МКФ використовує універсальний підхід, що означає визнання того, що функціонування та інвалідність є застосовними до всіх людей незалежно від стану здоров'я. Зниження функціонування може бути результатом проблем з функціями чи структурами організму або результатом особливостей фізичного, побудованого чи соціального середовища, або, найімовірніше, поєднання обох процесів. МКФ таким чином «мейнстрімить» досвід інвалідності та визнає його як універсальний людський досвід.

В Україні впровадження МКФ здійснюється відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1008-р, яким затверджено План заходів із впровадження в Україні МКФ. Застосування МКФ дозволяє описати реабілітаційний профіль пацієнта, визначити цілі та завдання реабілітації, оцінити її ефективність та забезпечити спадкоємність допомоги.

Оцінка функціональних обмежень

Оцінка функціональних обмежень є ключовим етапом процесу реабілітації, що дозволяє визначити потреби клієнта, спланувати інтервенції та оцінити їх ефективність. Відповідно до біопсихосоціальної моделі, така оцінка має бути комплексною і охоплювати всі виміри функціонування людини – біологічний, психологічний та соціальний.

В Україні з 2024 року запроваджено нову систему оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО) замість попередньої системи медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). Відповідно до статті 69-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, оцінювання повсякденного функціонування особи проводиться з метою визначення наявності або відсутності порушень структур та/або функцій організму людини, що призвело до стійкого обмеження повсякденного функціонування, визначення необхідних компенсаторів обмежень та необхідності оцінки потреб в інших сферах життєдіяльності.

Комплексна оцінка обмежень життєдіяльності особи може включати оцінювання у сфері охорони здоров'я, соціальній, освітній сферах, сфері зайнятості, сфері фізичної культури та спорту та інших сферах життєдіяльності за потреби особи. Оцінювання у сфері охорони здоров'я проводиться шляхом оцінювання повсякденного функціонування особи експертною командою.

За результатами оцінювання визначаються: ступінь обмеження здатності до самообслуговування (від нормальної здатності до повної залежності від сторонньої допомоги); ступінь обмеження здатності до пересування (від відсутності обмежень до неможливості самостійного пересування); ступінь обмеження здатності до орієнтації (порушення зору та/або слуху різного ступеня тяжкості); ступінь обмеження здатності до спілкування; ступінь обмеження здатності до трудової діяльності.

Для стандартизованого вимірювання функціонування та інвалідності ВООЗ розробила інструмент WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0), який є загальною мірою функціонування та

інвалідності і відображає основні сфери життя, класифіковані в МКФ. Цей інструмент оцінює шість доменів: пізнання (розуміння та комунікація); мобільність (пересування та переміщення); самообслуговування (гігієна, одягання, харчування); міжособистісні стосунки (взаємодія з іншими людьми); повсякденна діяльність (домашні обов'язки, робота, навчання); участь у суспільному житті.

Окрім стандартизованих інструментів, важливим елементом оцінки функціональних обмежень є клінічне інтерв'ю та спостереження. Соціальний працівник має з'ясувати, як людина функціонує у своєму звичному середовищі, які труднощі вона переживає, які стратегії використовує для подолання обмежень, яку підтримку отримує від оточення. Важливо також оцінити психологічний стан клієнта, його мотивацію до реабілітації, очікування та цілі.

Основні набори МКФ (ICF Core Sets) полегшують опис функціонування в клінічній практиці, надаючи списки основних категорій, що мають відношення до конкретних станів здоров'я та контекстів охорони здоров'я. Ці категорії відібрані з усієї МКФ за результатами наукового процесу та із залученням мультидисциплінарної групи експертів. Основні набори МКФ зазвичай містять від 10 до 35 категорій – мінімум, необхідний для опису рівня функціонування пацієнта.

Фактори навколишнього середовища та здоров'я

Визнання центральної ролі факторів навколишнього середовища є однією з ключових особливостей біопсихосоціальної моделі та МКФ. Інвалідність більше не розуміється як характеристика індивіда, а як результат взаємодії людини зі станом здоров'я та факторами навколишнього середовища (Schneidert et al., 2003). Це змінило локус проблеми і, відповідно, фокус інтервенцій – від індивіда до середовища, в якому він живе.

Фактори навколишнього середовища в МКФ організовані в п'ять глав: продукти та технології; природне та побудоване середовище; підтримка та стосунки; ставлення; послуги, системи та політики. Ці фактори охоплюють увесь спектр від безпосереднього оточення людини до загальносуспільного контексту.

Продукти та технології включають будь-які природні або створені людиною продукти чи системи продуктів, обладнання та технології, що використовуються людиною. Сюди належать: продукти для особистого споживання (їжа, ліки); продукти та технології для особистого користування у

повсякденному житті (одяг, меблі, побутова техніка); продукти та технології для мобільності та транспортування (інвалідні візки, автомобілі, громадський транспорт); продукти та технології для комунікації (телефони, комп'ютери, слухові апарати); продукти та технології для освіти, праці, культури та відпочинку. Допоміжні технології можуть суттєво покращувати функціонування людини з інвалідністю, компенсуючи обмеження.

Природне та побудоване середовище охоплює фізичні характеристики середовища – як природні (клімат, рельєф, рослинність), так і створені людиною (будівлі, дороги, парки). Архітектурні бар'єри – сходи, відсутність пандусів та ліфтів, вузькі дверні прорізи – можуть суттєво обмежувати мобільність та участь людей з інвалідністю. Водночас універсальний дизайн та безбар'єрне середовище сприяють інклюзії.

Підтримка та стосунки включають людей та тварин, які надають практичну фізичну чи емоційну підтримку, а також стосунки з ними. Сюди належать: найближча родина (батьки, подружжя, діти); розширена родина; друзі; знайомі, однолітки, колеги; люди, які здійснюють догляд; незнайомі люди; приручені тварини; фахівці з охорони здоров'я та інші професіонали. Соціальна підтримка є потужним фактором, що впливає на здоров'я та благополуччя людини. Дослідження показують, що достатня соціальна підтримка асоціюється з кращою якістю життя у людей з хронічними захворюваннями.

Ставлення охоплює установки, думки та переконання інших людей щодо людини з інвалідністю. Негативні ставлення, стигматизація та дискримінація можуть створювати значні бар'єри для участі. Навпаки, позитивні ставлення, толерантність та готовність до взаємодії сприяють інклюзії. Ставлення можуть бути індивідуальними (конкретних членів сім'ї, друзів, колег) або суспільними (загальні культурні норми та цінності щодо інвалідності).

Послуги, системи та політики охоплюють інституційний рівень факторів навколишнього середовища. Послуги – це програми та операції, що надаються в різних секторах суспільства для задоволення потреб людей. Системи - це адміністративні механізми контролю та організації, що регулюють послуги. Політики - це правила, регламенти, конвенції та стандарти, що визначають системи та послуги. Ці фактори охоплюють широкий спектр сфер: житло, транспорт, комунікації, соціальний захист, охорону здоров'я, освіту, працю та зайнятість, правові послуги тощо.

Дослідження підтверджують, що фактори навколишнього середовища мають суттєвий вплив на функціонування людей з інвалідністю. Зокрема, соціально-економічний статус, доступність медичних послуг та рівень соціальної підтримки є важливими детермінантами здоров'я та якості життя. Незадоволені соціальні потреби (житло, харчування, транспорт) асоціюються з вищою поширеністю хронічних захворювань, таких як гіпертензія та діабет (Chambers et al., 2021).

Особливо актуальним є вплив факторів навколишнього середовища на психічне здоров'я. Дослідження показують, що стресові життєві події, що є частиною соціального середовища, можуть модифікувати імунологічну відповідь та впливати на комплаєнс до лікування (Fountoulakis, 2017). Психосоціальні фактори можуть співвизначати вразливість пацієнта та тяжкість і перебіг захворювання. Психоосвіта пацієнтів та їхніх родичів із застосуванням біопсихосоціальної моделі відіграє важливу роль у терапії.

Для соціальної реабілітації розуміння факторів навколишнього середовища має практичне значення. Інтервенції можуть бути спрямовані не лише на індивіда (відновлення функцій, навчання навичок, психологічна підтримка), але й на середовище (адаптація житла, забезпечення допоміжними технологіями, робота з родиною, адвокація на рівні політик). Часто модифікація середовища може бути більш ефективною, ніж спроби змінити індивіда, особливо коли порушення є незворотними.

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, ратифікована Україною у 2009 році, базується на соціальній моделі інвалідності та визнає, що інвалідність є результатом взаємодії між людьми з порушеннями та бар'єрами у ставленні та середовищі, які перешкоджають їхній повній та ефективній участі в суспільстві на рівні з іншими. Це зобов'язує державу не лише надавати послуги людям з інвалідністю, але й створювати доступне середовище, боротися з дискримінацією та забезпечувати реалізацію прав на рівні з іншими громадянами.

Біопсихосоціальна модель здоров'я та функціонування являє собою комплексну парадигму, що інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я, хвороби та інвалідності. Запропонована Джорджем Енгелем у 1977 році, ця модель залишається актуальною основою для сучасної медицини, реабілітації та соціальної роботи. Вона визнає, що здоров'я та хвороба є результатом складної взаємодії множинних факторів, а не лише біологічних процесів.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) операціоналізує біопсихосоціальну модель, надаючи стандартизовану мову та концептуальну основу для опису та вимірювання здоров'я та інвалідності. МКФ зміщує фокус від патології до функціонування, від індивіда до взаємодії індивіда та середовища, від негативних аспектів (інвалідність) до позитивних (здоров'я та участь).

Розуміння основ анатомії та фізіології людини, впливу захворювань на соціальне функціонування, структури та застосування МКФ, методів оцінки функціональних обмежень та ролі факторів навколишнього середовища є необхідним для фахівців соціальної реабілітації. Це знання дозволяє розуміти потреби клієнтів, ефективно взаємодіяти з членами мультидисциплінарної команди, планувати та здійснювати комплексні інтервенції, спрямовані як на індивіда, так і на його середовище.

Впровадження біопсихосоціальної моделі в Україні, зокрема через реформу системи визначення інвалідності та розвиток реабілітаційних послуг, є важливим кроком на шляху до сучасної, орієнтованої на людину системи підтримки осіб з інвалідністю та хронічними захворюваннями.

4.2. Медичні аспекти реабілітації

Медична реабілітація є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, спрямованою на відновлення або компенсацію порушених функцій організму та максимальне повернення людини до повноцінного життя. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020), реабілітація у сфері охорони здоров'я визначається як комплекс заходів, що реалізуються мультидисциплінарною командою та спрямовані на відновлення здоров'я, функціонування та зменшення проявів інвалідності в осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Сучасна концепція медичної реабілітації базується на біопсихосоціальній моделі та Міжнародній класифікації функціонування (МКФ), що передбачає комплексний підхід до відновлення не лише фізичних функцій, але й психологічного стану та соціальної участі людини. Ефективна реабілітація потребує злагодженої роботи мультидисциплінарної команди, до складу якої входять лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти,

ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, психологи, соціальні працівники та інші фахівці.

Медична реабілітація класифікується за кількома критеріями: етапами надання допомоги, профілем захворювання та віком пацієнтів. Така систематизація дозволяє забезпечити наступність та безперервність реабілітаційного процесу, що є одним із ключових принципів сучасної реабілітації.

За етапами надання допомоги виділяють три основні рівні реабілітації (Рис. 4.3.).

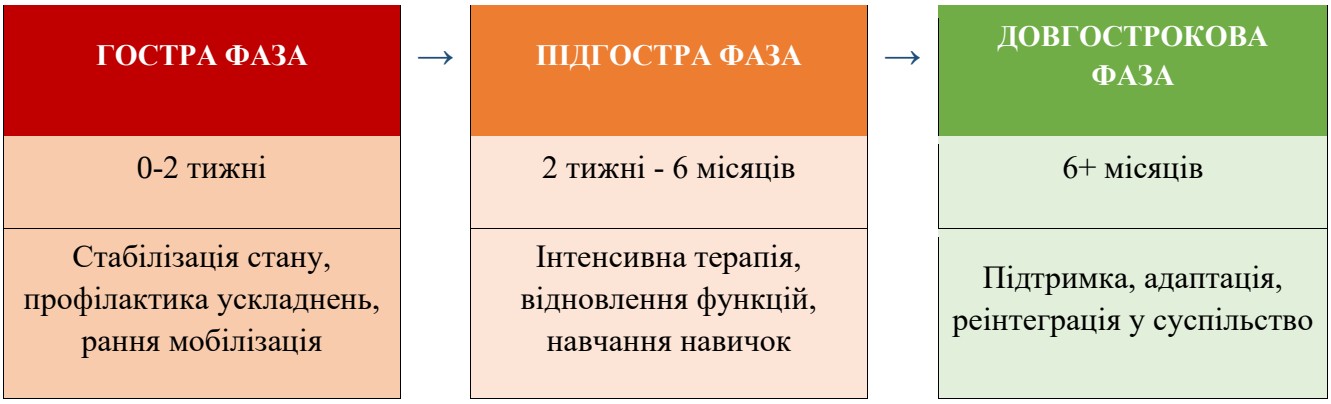

Рис. 4.3. Етапи реабілітаційного процесу

Перший етап - **гостра реабілітація (acute rehabilitation)** - розпочинається в гострому періоді захворювання або травми, одразу після стабілізації стану пацієнта. Цей етап зазвичай проводиться в умовах стаціонару і спрямований на профілактику ускладнень, раннє відновлення функцій та підготовку до наступних етапів реабілітації. Дослідження показують, що раннє втручання покращує результати реабілітації та скорочує терміни відновлення.

Другий етап - **підгостра реабілітація (subacute rehabilitation)** - проводиться після виписки з гострого стаціонару в спеціалізованих реабілітаційних відділеннях або центрах. На цьому етапі пацієнт отримує інтенсивну комплексну реабілітацію з метою максимального відновлення функцій. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, інтенсивність реабілітації на цьому етапі має становити не менше 3 годин терапії на день.

Третій етап - **довготривала реабілітація (long-term rehabilitation)** - здійснюється в амбулаторних умовах або вдома і спрямована на підтримку досягнутих результатів, профілактику погіршення стану та сприяння

соціальній інтеграції. Цей етап може тривати місяці або роки залежно від характеру порушень.

За профілем захворювання виділяють такі основні напрями медичної реабілітації:

- неврологічна реабілітація (для пацієнтів після інсульту, черепно-мозкових травм, нейродегенеративних захворювань);
- ортопедична реабілітація (після травм та операцій на опорно-руховому апараті, при захворюваннях суглобів);
- кардіологічна реабілітація (після інфаркту міокарда, кардіохірургічних втручань);
- пульмонологічна реабілітація (при хронічних захворюваннях легень, після COVID-19);
- онкологічна реабілітація (на різних етапах онкологічного лікування).

В умовах воєнного стану в Україні особливої актуальності набула реабілітація осіб з бойовими травмами та ампутаціями. Б. Божук та співавтори (2025) наголошують на необхідності застосування біопсихосоціальної парадигми в реабілітації учасників бойових дій з використанням МКФ як концептуальної основи для оцінки функціонування та планування реабілітаційних заходів.

В Україні система медичної реабілітації активно реформується. З 2016 року запроваджено нові реабілітаційні спеціальності - лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020) закріпив принципи реабілітації, що відповідають міжнародним стандартам: вчасність, послідовність, неперервність, мультидисциплінарність та функціональна спрямованість.

Фізична реабілітація та ерготерапія

Фізична терапія (Physical Therapy, PT) є одним із ключових напрямів реабілітації, що забезпечує послуги з розвитку, підтримання та максимального відновлення функціональної рухової здатності людини протягом життя. Згідно з визначенням Всесвітньої конфедерації фізичної терапії (World Physiotherapy), фізична терапія включає застосування послуг в обставинах, коли рухи та функціонування постраждали внаслідок віку, пошкодження, болю, захворювань або впливу факторів навколишнього середовища.

Фізичний терапевт проводить оцінку функціонального стану пацієнта, визначає реабілітаційні цілі спільно з пацієнтом та членами мультидисциплінарної команди, розробляє та реалізує програму фізичної терапії. *До методів фізичної терапії належать*: терапевтичні вправи (силові, аеробні, вправи на баланс та координацію, вправи на розтягування); мануальна терапія; нейророзвиткова терапія; кардіопульмональна фізична терапія; застосування фізичних факторів (електротерапія, ультразвук, теплолікування тощо); навчання правильним руховим патернам та використанню допоміжних засобів пересування.

Ефективність фізичної терапії підтверджена численними дослідженнями. Систематичний огляд Bhogal та співавторів (2003) продемонстрував, що інтенсивна фізична терапія протягом короткого періоду часу покращує результати реабілітації у пацієнтів після інсульту. Дослідження показали, що позитивні результати демонструють програми, які забезпечують приблизно 8,8 години терапії на тиждень протягом 11,2 тижнів, на відміну від програм з меншою інтенсивністю (близько 2 годин на тиждень протягом 22,9 тижнів).

Ерготерапія (Occupational Therapy, OT) - це напрям охорони здоров'я, головною метою якого є забезпечення особі з обмеженням життєдіяльності можливості повсякденного самообслуговування та участі у значущих для неї видах діяльності. Термін «ерготерапія» походить від грецького «ergon» (праця, діяльність) та латинського «therapia» (лікування). Ерготерапія досягає своїх цілей шляхом збільшення залученості до діяльності, модифікації діяльності або оточення, а також підтримки зацікавленості особи до діяльності.

Ерготерапевт фокусується на відновленні здатності пацієнта виконувати повсякденні активності (Activities of Daily Living, ADL). За визначенням Sidney Katz (1950), ADL включають базові активності самообслуговування: їжу та пиття, переміщення, користування туалетом, особисту гігієну, одягання та догляд за собою. Розширені або інструментальні ADL (Instrumental ADL, IADL) охоплюють складніші активності: приготування їжі, ведення домашнього господарства, управління фінансами, користування транспортом, прийом ліків тощо (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969).

Кокранівський систематичний огляд Legg та співавторів (2017) показав, що ерготерапевтичні втручання у пацієнтів після інсульту покращують виконання повсякденних активностей (стандартизована середня різниця 0,17; 95% ДІ 0,03–0,31; p=0,02) та зменшують ризик несприятливого результату – смерті, погіршення стану або залежності в ADL (відношення шансів 0,71; 95%

ДІ 0,52–0,96; p=0,03). Ерготерапія також покращує розширені ADL (відношення шансів 0,22; 95% ДІ 0,07–0,37; p=0,005).

Методи ерготерапії включають: оцінку функціонування в реальних життєвих ситуаціях; тренування ADL та IADL; адаптацію середовища та діяльності; підбір та навчання використанню допоміжних технологій; когнітивну реабілітацію; сенсорну інтеграцію; ерготерапевтичне консультування. Сучасні технології, зокрема віртуальна реальність та комп'ютерні програми, все активніше інтегруються в ерготерапевтичну практику, що дозволяє створювати симуляції повсякденної діяльності та підвищувати інтенсивність тренувань (Santos et al., 2025).

В Україні підготовка фізичних терапевтів та ерготерапевтів здійснюється за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). Магістерська програма «Терапія та реабілітація» включає спеціалізації «Фізична терапія» та «Ерготерапія». Професійна діяльність цих фахівців регулюється Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та відповідними нормативними актами МОЗ України.

Мова та комунікація: логопедична реабілітація

Терапія мови та мовлення (Speech and Language Therapy, SLT), або логопедична реабілітація, є спеціалізованим напрямом реабілітації, спрямованим на відновлення або компенсацію порушень мови, мовлення, голосу, ковтання та комунікації. Терапевт мови та мовлення (у міжнародній практиці – Speech-Language Pathologist, SLP) працює з пацієнтами різного віку, які мають комунікативні порушення внаслідок інсульту, черепно-мозкових травм, нейродегенеративних захворювань, вроджених аномалій та інших причин.

Афазія – набуте порушення мови внаслідок пошкодження головного мозку – є одним із найпоширеніших станів, з якими працюють терапевти мови та мовлення. За даними досліджень, приблизно третина людей, які перенесли інсульт, розвиває афазію, що призводить до проблем з говорінням, розумінням мовлення, читанням та письмом (Brady et al., 2016). Афазія суттєво впливає на якість життя пацієнта, його соціальну участь та психологічне благополуччя.

Кокранівський систематичний огляд Brady та співавторів (2016), що включав 57 рандомізованих контрольованих досліджень з 3002 учасниками, надав докази ефективності терапії мови та мовлення для людей з афазією після інсульту. Порівняно з відсутністю терапії, SLT покращувала функціональну

комунікацію, читання, письмо та експресивне мовлення. Тридцять вісім рандомізованих порівнянь (1242 учасники) показали, що функціональна комунікація була значно кращою у пацієнтів, які отримували терапію з високою інтенсивністю, високою дозою або протягом тривалого періоду часу.

Європейська організація з інсульту (ESO) у своїх настановах щодо реабілітації афазії (2024) рекомендує: загальну дозу терапії мови та мовлення не менше 20 годин; частоту терапії не менше 4 днів на тиждень; інтенсивність не менше 3 годин на тиждень. Ці рекомендації базуються на метааналізі RELEASE Collaborators (2022), який проаналізував дані 25 досліджень з 959 учасниками з афазією.

Дослідження Bhogal та співавторів (2003), опубліковане в журналі Stroke, продемонструвало чіткий зв'язок між інтенсивністю терапії та результатами відновлення. Автори встановили, що інтенсивна терапія протягом короткого періоду часу покращує результати терапії мови та мовлення у пацієнтів після інсульту з афазією.

Методи терапії мови та мовлення включають: оцінку мовленнєвих та комунікативних функцій за допомогою стандартизованих інструментів; індивідуальну терапію, спрямовану на відновлення конкретних мовленнєвих функцій; групову терапію для практики комунікативних навичок у соціальному контексті; комп'ютерні програми для збільшення інтенсивності тренувань; навчання альтернативних та допоміжних засобів комунікації (Augmentative and Alternative Communication, AAC); роботу з родиною та оточенням пацієнта для створення комунікативно-підтримуючого середовища.

Дисфагія (порушення ковтання) є ще одним важливим напрямом роботи терапевта мови та мовлення. Дисфагія може виникати внаслідок інсульту, черепно-мозкових травм, нейродегенеративних захворювань, онкологічних захворювань голови та шиї. Нелікована дисфагія може призводити до аспіраційної пневмонії, дегідратації, недоїдання та зниження якості життя. Терапевт мови та мовлення проводить оцінку ковтання, рекомендує модифікацію текстури їжі та рідин, навчає безпечних стратегій ковтання та проводить вправи для зміцнення м'язів, залучених до ковтання.

Дизартрія (порушення артикуляції мовлення внаслідок ураження рухових центрів або нервів) та *апраксія мовлення* (порушення планування та програмування мовленнєвих рухів) також входять до компетенції терапевта мови та мовлення. Для цих станів застосовуються специфічні терапевтичні

підходи, спрямовані на покращення розбірливості мовлення та комунікативної ефективності.

В Україні підготовка терапевтів мови та мовлення здійснюється в рамках спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» зі спеціалізацією «Терапія мови та мовлення». Традиційно логопедична допомога також надається логопедами, підготовленими за спеціальністю 016 «Спеціальна освіта». Важливим є розмежування компетенцій цих фахівців та їх співпраця в рамках мультидисциплінарної команди.

Протезування та технічні засоби реабілітації

Протезування є важливим компонентом реабілітації осіб після ампутації кінцівок, що дозволяє відновити мобільність, функціональні можливості та якість життя. Сучасні протезні технології зазнали значного розвитку протягом останніх десятиліть, еволюціонувавши від простих механічних пристроїв до високотехнологічних біонічних систем, здатних наближатися до природних рухів людини (Fiedler et al., 2014).

Дослідження показують, що використання протезів суттєво впливає на якість життя осіб з ампутацією. Sinha та співавтори (2011) встановили, що статус зайнятості, використання допоміжних пристроїв, використання протезу, супутні захворювання, фантомний біль та біль у куксі є значущими предикторами як фізичного, так і психічного компонентів якості життя у осіб з ампутацією нижніх кінцівок, пояснюючи 47,8% та 29,7% дисперсії відповідно.

Комплексний аналіз витрат на реабілітацію пацієнтів Medicare з ампутацією нижніх кінцівок показав, що ті, хто отримав протез та фізичну терапію, мали менше госпіталізацій у гострі відділення, менше звернень до відділень невідкладної допомоги та менше потреби в стаціонарному догляді порівняно з пацієнтами, які не отримали протез. Протягом року вартість протезу майже повністю компенсувалась іншими заощадженнями на медичних витратах, а пацієнти мали вищу якість життя та більшу незалежність (Journal of Ethics, AMA, 2015).

Сучасні протезні технології включають: мікропроцесорні колінні модулі (microprocessor-controlled knees, MPK), що забезпечують більш природну ходу та зменшують енерговитрати; остеоінтегровані протези, що кріпляться безпосередньо до кістки та забезпечують кращий зворотний зв'язок; міоелектричні протези верхніх кінцівок, що використовують сигнали електроміографії від залишкових м'язів для контролю рухів; протези з

сенсорним зворотним зв'язком, що дозволяють відчувати дотик та тиск. Дослідження Hagberg та співавторів показали покращення функції протеза та якості життя у осіб з транстегнальною ампутацією при використанні остеоінтегрованих протезів порівняно з традиційними гільзовими протезами.

Технічні засоби реабілітації (допоміжні технології, assistive technology) охоплюють широкий спектр пристроїв та обладнання, що допомагають людям з інвалідністю або обмеженнями життєдіяльності виконувати повсякденні активності, підтримувати мобільність, комунікувати та брати участь у суспільному житті. За класифікацією МКФ, до факторів навколишнього середовища належать «продукти та технології», що включають допоміжні засоби різного призначення.

До основних категорій технічних засобів реабілітації належать:

- засоби пересування (інвалідні візки механічні та електричні, ходунки, милиці, тростини);
- засоби для самообслуговування (пристосування для одягання, їжі, гігієни); засоби для комунікації (слухові апарати, комунікатори, програмне забезпечення);
- засоби для орієнтування (тактильні тростини, GPS-навігатори для осіб з порушеннями зору);
- засоби для навчання та праці (спеціальні клавіатури, програми екранного доступу);
- ортопедичні вироби (ортези, корсети, устілки);
- засоби для адаптації середовища (поручні, пандуси, підйомники).

Систематичний огляд технологій для моніторингу повсякденного використання протезів (Chadwell et al., 2020) показав, що розуміння того, як протези використовуються в повсякденному житті, є центральним для проектування, забезпечення та оцінки протезних пристроїв та пов'язаних послуг. Моніторинг активності дозволяє об'єктивно оцінити функціональні результати реабілітації та адаптувати втручання відповідно до реальних потреб користувача.

В Україні забезпечення осіб з інвалідністю технічними засобами реабілітації регулюється Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та постановами Кабінету Міністрів України. Технічні засоби реабілітації надаються за індивідуальною програмою реабілітації. В умовах

воєнного стану особливої уваги потребує забезпечення протезами та допоміжними засобами ветеранів та постраждалих від воєнних дій.

Взаємодія медичних та соціальних працівників

Міжпрофесійна співпраця (interprofessional collaboration, IPC) є ключовим принципом сучасної реабілітації, що передбачає спільну роботу фахівців різних професій для досягнення спільних цілей, орієнтованих на потреби пацієнта. За визначенням ВООЗ, міжпрофесійна освіта відбувається, «коли студенти двох чи більше професій навчаються про, від та з одними, щоб забезпечити ефективну співпрацю та покращити результати охорони здоров'я».

Дослідження підтверджують, що міждисциплінарні команди демонструють кращі результати порівняно з мультидисциплінарними командами в аспектах командної роботи, досягнення цілей та задоволеності персоналу (Körner et al., 2010). Систематичний огляд Doornebosch та співавторів (2022) визначив три взаємопов'язані теми щодо факторів, що впливають на міжпрофесійну співпрацю: командна діяльність, організаційні умови та обмін інформацією.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда зазвичай включає: лікаря фізичної та реабілітаційної медицини (координує реабілітаційний процес, встановлює медичний діагноз, призначає лікування); фізичного терапевта (відновлення рухових функцій, мобільності); ерготерапевта (відновлення повсякденних активностей, адаптація середовища); терапевта мови та мовлення (відновлення комунікації, ковтання); психолога/нейропсихолога (психологічна підтримка, когнітивна реабілітація); соціального працівника (соціальна підтримка, координація послуг, сприяння інтеграції); медичну сестру з реабілітації (догляд, навчання пацієнта та родини); дієтолога (нутритивна підтримка); протезиста/ортезиста (виготовлення та підбір протезів та ортезів) (табл. 4.3.).

Роль соціального працівника в реабілітаційній команді є унікальною та незамінною. Дослідження Ambrose-Miller та Ashcroft (2016) визначило шість тем, що можуть виступати як бар'єрами, так і фасилітаторами міжпрофесійної співпраці з перспективи соціальної роботи: культура, самоідентичність, роз'яснення ролей, прийняття рішень, комунікація та динаміка влади. Учасники дослідження зазначали, що роль соціального працівника як адвоката клієнта може створювати напругу між працівником та рештою команди, однак ця функція є невід'ємною частиною ідентичності соціальної роботи.

Соціальний працівник у реабілітаційній команді виконує такі функції: оцінка соціальних потреб пацієнта та його родини; планування виписки та координація послуг після виписки; консультування з питань соціального захисту, пільг та прав; психосоціальна підтримка пацієнта та родини; сприяння комунікації між пацієнтом, родиною та командою; адвокація інтересів пацієнта; зв'язок із громадськими ресурсами та службами; підтримка у вирішенні сімейних, фінансових та житлових питань; сприяння соціальній інтеграції та поверненню до роботи.

Таблиця 4.3.

Склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Спеціаліст	Основні функції
Лікар-реабілітолог	Координація команди, медичне керівництво, призначення лікування, оцінка прогресу
Фізичний терапевт	Відновлення рухових функцій, сили, витривалості, рівноваги; навчання ходьби, використання допоміжних засобів
Ерготерапевт	Відновлення повсякденної активності (ADL), адаптація середовища, підбір допоміжних пристроїв
Логопед	Відновлення мовлення, ковтання, когнітивно-комунікативних функцій
Психолог / нейропсихолог	Психологічна підтримка, когнітивна реабілітація, робота з емоційними розладами, адаптація до інвалідності
Соціальний працівник	Оцінка соціальних потреб, планування виписки, координація послуг, робота з сім'єю, адвокація
Медична сестра	Догляд, моніторинг стану, навчання пацієнта та сім'ї, профілактика ускладнень
Протезист / ортезист	Виготовлення та підгонка протезів і ортезів, навчання користуванню

Ефективна міжпрофесійна співпраця потребує регулярних командних зустрічей (мультидисциплінарних нарад), на яких обговорюються цілі та прогрес реабілітації кожного пацієнта. Дослідження Doornebosch та співавторів

(2025) показало, що міжпрофесійна співпраця під час мультидисциплінарних командних нарад покращується, коли нарада ведеться визначеною особою з лідерськими навичками, яка відповідає за координацію процедур, залучення учасників та моніторинг встановлення цілей, орієнтованих на пацієнта.

Важливим аспектом міжпрофесійної співпраці є спільне планування цілей (shared goal setting) за участю пацієнта та його родини. Цілі реабілітації мають бути SMART: *конкретними* (Specific), вимірюваними (Measurable), *досяжними* (Achievable), *релевантними* (Relevant) та *обмеженими в часі* (Time-bound). Залучення пацієнта до процесу планування цілей підвищує його мотивацію та прихильність до реабілітації.

Бар'єри для ефективної міжпрофесійної співпраці включають:

- ієрархічну структуру та нерівність влади між професіями;
- недостатнє розуміння ролей та компетенцій інших фахівців;
- обмежений час для командної комунікації; відсутність спільного простору для роботи;
- різні професійні культури та цінності; недостатню підготовку до командної роботи.

Подолання цих бар'єрів потребує системних змін, включаючи міжпрофесійну освіту, спільні тренінги та створення організаційних умов для співпраці.

В Україні Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» закріпив принцип мультидисциплінарності та визначив склад реабілітаційної команди. Соціальні працівники є важливими членами цієї команди, забезпечуючи зв'язок між медичною реабілітацією та системою соціального захисту. Ефективна взаємодія медичних та соціальних працівників є запорукою успішної реінтеграції осіб з інвалідністю в суспільство.

Отже, медична реабілітація є комплексною системою заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, функціонування та якості життя осіб з обмеженнями життєдіяльності. Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальній моделі та принципах вчасності, послідовності, неперервності, мультидисциплінарності та функціональної спрямованості.

Фізична терапія та ерготерапія є ключовими компонентами реабілітації, ефективність яких підтверджена численними рандомізованими контрольованими дослідженнями та систематичними оглядами. Терапія мови та

мовлення забезпечує відновлення комунікативних функцій та ковтання. Протезування та технічні засоби реабілітації дозволяють компенсувати втрачені функції та підвищити незалежність.

Ефективна реабілітація потребує злагодженої роботи мультидисциплінарної команди, в якій соціальний працівник відіграє важливу роль у забезпеченні соціальної підтримки, координації послуг та сприянні соціальній інтеграції. Міжпрофесійна співпраця є запорукою досягнення найкращих результатів реабілітації та покращення якості життя пацієнтів.

Для фахівців соціальної роботи розуміння медичних аспектів реабілітації є необхідним для ефективної взаємодії з членами реабілітаційної команди, адекватної оцінки потреб клієнтів та планування соціальних інтервенцій, що доповнюють медичну реабілітацію.

4.3. Реабілітація осіб з психічними розладами

Психічні розлади є однією з провідних причин інвалідності у світі та суттєво впливають на якість життя мільйонів людей. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно кожна восьма людина у світі живе з психічним розладом, а депресія та тривожні розлади є найпоширенішими станами. Люди з тяжкими психічними розладами, такими як шизофренія, біполярний розлад та важка депресія, помирають на 10–20 років раніше, ніж загальна популяція (WHO, 2024).

Сучасний підхід до реабілітації осіб з психічними розладами базується на ***концепції одужання (recovery),*** *яка визначається не лише як зменшення симптомів, але й як процес відновлення сенсу життя, надії, ідентичності та можливості жити повноцінним життям у громаді.* Ця парадигма принципово відрізняється від традиційного медичного підходу, що фокусується переважно на контролі симптомів та запобіганні рецидивам.

Реабілітація осіб з психічними розладами є міждисциплінарною сферою, що потребує співпраці психіатрів, психологів, соціальних працівників, медичних сестер, ерготерапевтів та інших фахівців. Соціальні працівники відіграють ключову роль у цьому процесі, забезпечуючи зв'язок між клінічними послугами та громадськими ресурсами, сприяючи соціальній інтеграції та захищаючи права осіб з психічними розладами.

Основи психіатрії для соціальних працівників

Соціальні працівники, які працюють з особами з психічними розладами, потребують базових знань з психіатрії для ефективної оцінки потреб клієнтів, розуміння їхнього стану та співпраці з медичними фахівцями. Ці знання не мають на меті замінити компетенції психіатра, але є необхідними для інформованої практики соціальної роботи у сфері психічного здоров'я.

Класифікація психічних розладів здійснюється за двома основними системами: Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11, WHO, 2019) та Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів (DSM-5-TR, APA, 2022).

Основні категорії психічних розладів включають:

- розлади нейророзвитку (інтелектуальні порушення, розлади аутистичного спектру, РДУГ);
- шизофренію та інші первинні психотичні розлади;
- розлади настрою (депресивні розлади, біполярний розлад);
- тривожні та пов'язані зі страхом розлади;
- обсесивно-компульсивні та пов'язані розлади;
- розлади, пов'язані зі стресом (ПТСР, розлади адаптації);
- розлади особистості;
- розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин.

Тяжкі психічні розлади *(Severe Mental Illness, SMI)* - це категорія, що включає психічні захворювання, які суттєво порушують функціонування людини протягом тривалого часу (зазвичай більше двох років). До SMI традиційно відносять шизофренію та розлади шизофренічного спектру, біполярний розлад I типу та важку рекурентну депресію. Люди з SMI часто потребують комплексної підтримки в різних сферах життя: житло, працевлаштування, соціальні стосунки, фінанси.

Важливим для соціальних працівників є розуміння біопсихосоціальної етіології психічних розладів.

Сучасна психіатрія визнає, що психічні розлади виникають внаслідок складної взаємодії біологічних факторів (генетика, нейрохімія, структурні зміни мозку), психологічних факторів (ранній досвід, травма, когнітивні патерни) та соціальних факторів (бідність, соціальна ізоляція, дискримінація, стресові

життєві події). Це розуміння є основою для холістичного підходу до реабілітації.

Симптоми психічних розладів поділяються на позитивні (ті, що додаються до нормального функціонування: галюцинації, маячення, дезорганізоване мислення) та *негативні* (ті, що віднімаються від нормального функціонування: апатія, соціальна відстороненість, збіднення мовлення, ангедонія). Негативні симптоми часто є більш стійкими до лікування та суттєвіше впливають на функціонування і якість життя.

Психофармакологічне лікування є важливим компонентом терапії багатьох психічних розладів. Соціальні працівники мають розуміти основні класи психотропних препаратів: антипсихотики (для лікування психозів), антидепресанти (для депресивних та тривожних розладів), нормотиміки (стабілізатори настрою при біполярному розладі), анксіолітики (для тривожних розладів). Важливим є розуміння, що медикаментозне лікування часто є необхідним, але недостатнім - воно має поєднуватися з психосоціальними інтервенціями для досягнення оптимальних результатів.

Права пацієнтів у сфері психічного здоров'я є критично важливою темою для соціальних працівників. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006) визнає право людей з психосоціальною інвалідністю на рівність перед законом, право на свободу та особисту недоторканність, право жити самостійно в громаді. В Україні права осіб з психічними розладами захищені Законом України «Про психіатричну допомогу» (2000), який регулює умови надання психіатричної допомоги, включаючи добровільну та примусову госпіталізацію.

Деінституціоналізація психіатричної допомоги

Деінституціоналізація - це процес переходу від надання психіатричної допомоги переважно в стаціонарних психіатричних установах до розвитку мережі громадських служб психічного здоров'я. Цей процес розпочався у другій половині XX століття у країнах Західної Європи та Північної Америки і став глобальним рухом за права людей з психічними розладами (WHO, 2024).

Історичні передумови деінституціоналізації включають кілька факторів. По-перше, викриття жахливих умов утримання та порушень прав людини в психіатричних лікарнях. По-друге, розвиток ефективних психофармакологічних препаратів (хлорпромазин, 1950-ті роки), що дозволили контролювати симптоми поза лікарнею. По-третє, соціальні рухи за громадянські права та антипсихіатричний рух (Erving Goffman, «Asylums», 1961; Thomas Szasz). По-

четверте, економічні мотиви - утримання пацієнтів у громаді виявилося менш затратним.

«Тріестська модель» (Італія) є одним із найвідоміших прикладів успішної деінституціоналізації. Завдяки реформам, ініційованим Franco Basaglia, у 1978 році Італія прийняла Закон 180, який заборонив будівництво нових психіатричних лікарень та започаткував перехід до громадської моделі допомоги. Тріестська модель демонструє, що люди з тяжкими психічними розладами можуть успішно жити в громаді за умови наявності адекватної підтримки (de Girolamo et al., 2007).

ВООЗ активно підтримує деінституціоналізацію. У Всесвітньому звіті про психічне здоров'я (2022) організація закликає країни переорієнтувати фінансування з психіатричних лікарень на громадські служби. За даними ВООЗ, у країнах з низьким рівнем доходу приблизно 67% бюджету на психічне здоров'я спрямовується на інституційну допомогу, тоді як більшість людей з психічними розладами не потребують стаціонарного лікування.

Ключові компоненти деінституціоналізації включають:

- поступове скорочення ліжок у психіатричних лікарнях;
- розвиток громадських центрів психічного здоров'я;
- інтеграцію психіатричної допомоги в первинну медичну допомогу;
- створення альтернативних форм житла (підтримане проживання, групові будинки);
- розвиток програм підтриманого працевлаштування;
- навчання та залучення людей з досвідом (peer support);
- роботу з родинами та громадою.

Систематичний огляд бар'єрів та фасилітаторів деінституціоналізації (Mascayano et al., 2021) визначив *п'ять ключових сфер для політиків:*

- оцінка потреб, планування та масштабування;
- фінансування переходу; ставлення та розвиток персоналу;
- координація між секторами;
- залучення людей з досвідом та їхніх родин.

Автори підкреслюють, що деінституціоналізація - це складний, тривалий процес, який потребує ретельного планування та координації.

Попри очевидні переваги, деінституціоналізація отримала критику через недостатній розвиток громадських альтернатив у деяких країнах. Закриття

лікарень без створення адекватної підтримки призводило до бездомності, «транс-інституціоналізації» (переміщення до в'язниць або будинків престарілих) та зростання тягаря на родини. Трагедія в Південній Африці (2015–2016), коли неналежно спланована релокація пацієнтів призвела до 144 смертей, є прикладом катастрофічних наслідків поспішної деінституціоналізації без належних альтернатив (Freeman, 2018).

В Україні система психіатричної допомоги досі залишається переважно інституційною. За даними МОЗ, значна частина ресурсів спрямовується на утримання психіатричних лікарень. Реформа психіатричної допомоги в Україні передбачає поступовий перехід до громадської моделі, розвиток амбулаторних послуг та інтеграцію психічного здоров'я в первинну медичну допомогу. Однак війна та пов'язане з нею зростання поширеності психічних розладів створюють додаткові виклики для цього процесу.

Соціальна реабілітація осіб з психічними розладами

Психосоціальна реабілітація (Psychosocial Rehabilitation, PSR) - це комплекс заходів, спрямованих на допомогу людям з психічними розладами у розвитку соціальних, емоційних та когнітивних навичок, необхідних для успішного життя в громаді.

За визначенням Американської асоціації **психосоціальної реабілітації** (USPRA), PSR фокусується на відновленні здатності людини функціонувати в обраному нею середовищі та досягати особистих цілей (Anthony, 1993).

Модель одужання (Recovery Model) є концептуальною основою сучасної психосоціальної реабілітації. На відміну від медичної моделі, що фокусується на симптомах та їх усуненні, модель одужання підкреслює особистий процес зміни установок, цінностей, почуттів, цілей та ролей, що дозволяє людині жити задовільним, надійним та продуктивним життям, навіть за наявності обмежень, спричинених хворобою (Anthony, 1993). **Ключові компоненти одужання** описуються моделлю CHIME: *з'єднаність* (Connectedness), *надія* (Hope), *ідентичність* (Identity), *сенс* (Meaning), *розширення можливостей* (Empowerment) (Leamy et al., 2011) (Рис. 4.4).

Основні компоненти психосоціальної реабілітації включають:

- тренінг соціальних навичок (комунікація, вирішення конфліктів, асертивність);
- когнітивну реабілітацію (покращення пам'яті, уваги, виконавчих функцій);

– тренінг навичок повсякденного життя (приготування їжі, прибирання, управління фінансами);
– психоосвіту (навчання про захворювання, розпізнавання симптомів, управління ліками);
– підтримку родини;
– професійну реабілітацію; рекреаційну терапію.

ОСОБИСТЕ ОДУЖАННЯ (Personal Recovery)				
↓	↓	↓	↓	↓
C	**H**	**I**	**M**	**E**
Connectedness	Hope	Identity	Meaning	Empowerment
Зв'язок	Надія	Ідентичність	Сенс	Спроможність
Підтримка з боку інших Стосунки Належність до громади	Віра в можливість одужання Мотивація до змін Оптимізм щодо майбутнього	Переосмислення себе Позитивне самовідчуття Подолання стигми	Сенс життя Соціальні ролі та цілі Переосмислення досвіду	Особистий контроль Відповідальність Зосередження на сильних сторонах

Рис. 4.4 Рамка CHIME: процеси особистого одужання (Leamy et al., 2011)

Асертивне лікування в громаді (Assertive Community Treatment, ACT) - це модель інтенсивної підтримки осіб з тяжкими психічними розладами в громаді.

ACT-команда є мультидисциплінарною (психіатр, медична сестра, соціальний працівник, спеціаліст з працевлаштування) та надає послуги 24/7 у природному середовищі клієнта (дім, робота, громада). Метааналізи підтверджують ефективність ACT у зменшенні госпіталізацій та покращенні утримання в лікуванні (Bond et al., 2001).

Клубні будинки (Clubhouses) це модель психосоціальної реабілітації, заснована на принципах членства, осмисленої праці та розширення можливостей. Члени клубного будинку (не «пацієнти» чи «клієнти») працюють пліч-о-пліч з персоналом над повсякденними завданнями (адміністрування, приготування їжі, прибирання). Fountain House у Нью-Йорку (заснований у 1948

році) є моделлю для понад 300 клубних будинків у світі. Дослідження показують, що членство в клубному будинку асоціюється зі зменшенням госпіталізацій та покращенням соціального функціонування (McKay et al., 2018).

Підтримка однолітків (Peer Support) - це взаємна підтримка людей з подібним досвідом психічних розладів. Спеціалісти з власним досвідом (Peer Support Specialists) пройшли відповідне навчання та працюють у складі команд психічного здоров'я. Їхня роль включає: *поділитися власним досвідом одужання; бути рольовою моделлю надії; допомагати у навігації системою послуг; надавати емоційну підтримку*. Дослідження показують, що підтримка однолітків покращує залученість до лікування, зменшує стигму та сприяє одужанню (Davidson et al., 2012).

Роль соціального працівника в психосоціальній реабілітації охоплює широкий спектр функцій: оцінка соціальних потреб та складання індивідуального плану реабілітації; кейс-менеджмент (координація послуг, зв'язок з ресурсами громади); групова та індивідуальна робота (тренінги навичок, підтримуюче консультування); робота з родинами (психоосвіта, підтримка); адвокація (захист прав, сприяння доступу до послуг); кризове втручання; сприяння соціальній інтеграції.

Підтримане проживання та працевлаштування

Підтримане проживання (Supported Housing) - це модель забезпечення житлом осіб з психічними розладами, що базується на принципі відокремлення житла від лікування. На відміну від традиційних «перехідних» моделей, де людина повинна «заслужити» право на самостійне проживання, підтримане проживання надає постійне, доступне житло з гнучкою підтримкою за потреби (Farkas & Coe, 2019) (Рис. 4.5).

Модель «Спочатку житло» (Housing First) - це підхід до роботи з бездомними людьми з психічними розладами, що надає негайний доступ до постійного житла без попередніх умов (таких як тверезість або участь у лікуванні). Рандомізовані контрольовані дослідження, зокрема канадський проект At Home/Chez Soi (Aubry et al., 2015), продемонстрували, що Housing First забезпечує приблизно 80% утримання в житлі та кращі результати порівняно з традиційними моделями «спочатку лікування».

Комплексний огляд Rog та співавторів (2014) підтвердив, що постійне підтримане проживання має помірний рівень доказовості ефективності. Суттєва

література, включаючи сім рандомізованих контрольованих досліджень, продемонструвала, що компоненти цієї моделі зменшують бездомність, збільшують тривалість проживання та зменшують звернення до відділень невідкладної допомоги та госпіталізації.

INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)	
1. Конкурентне працевлаштування як мета	**2. Нульове виключення**
Справжня робота на відкритому ринку праці	Кожен, хто хоче працювати, має таку можливість
3. Інтеграція з лікуванням	**4. Увага до переваг клієнта**
Координація між спеціалістом з працевлаштування та командою психічного здоров'я	Вибір роботи базується на інтересах та вподобаннях людини
5. Швидкий пошук роботи	**6. Систематичний розвиток робочих місць**
Пошук роботи починається протягом 30 днів	Активна робота з роботодавцями, налагодження зв'язків
7. Індивідуалізована підтримка	**8. Консультування щодо пільг**
Підтримка без часових обмежень, за потребою	Інформування про вплив роботи на соціальні виплати

Рис. 4.5. Принципи підтриманого працевлаштування (IPS)

Типи підтриманого проживання включають: розсіяні квартири з аутріч-підтримкою (scattered-site housing with outreach support); групові будинки з персоналом на місці; квартири-супутники при громадських центрах психічного здоров'я; сімейний догляд для дорослих (adult foster care). Вибір типу житла має визначатися уподобаннями самої людини, а не рішенням професіоналів.

Індивідуальне розміщення та підтримка (Individual Placement and Support, IPS) - це доказова модель підтриманого працевлаштування для осіб з тяжкими психічними розладами. IPS була розроблена Dartmouth Psychiatric Research Center (Becker & Drake) і базується на вісьмох принципах: нульова ексклюзія (будь-хто, хто хоче працювати, може брати участь); фокус на конкурентному працевлаштуванні; інтеграція з клінічними послугами; швидкий пошук роботи; увага до уподобань клієнта; персоналізована підтримка; консультування щодо пільг; систематичний розвиток роботодавців.

Ефективність IPS підтверджена численними дослідженнями. На сьогодні проведено понад 28 рандомізованих контрольованих досліджень IPS, які послідовно демонструють перевагу цієї моделі над традиційною професійною реабілітацією. Метааналіз показує середній показник працевлаштування 55% у групі IPS порівняно з 25% у контрольній групі (Bond et al., 2024). Люди в IPS знаходять роботу швидше, працюють довше та заробляють більше.

Дослідження Bond та Drake (2024) підкреслюють, що IPS є доказовою практикою для осіб з тяжкими психічними розладами у країнах з високим рівнем доходу. Працевлаштування саме по собі призводить до покращення доходу, психосоціальних результатів, клінічних покращень та зменшення використання служб психічного здоров'я. Автори наголошують, що працевлаштування є потужним соціальним детермінантом здоров'я і має бути ключовим компонентом лікування осіб з психічними розладами.

Роль соціального працівника у підтриманому проживанні та працевлаштуванні включає: оцінку житлових та професійних потреб та уподобань; допомогу в пошуку житла та підготовці документів; навчання навичок самостійного проживання; координацію з орендодавцями та роботодавцями; кризове втручання при загрозі втрати житла чи роботи; адвокацію прав клієнтів; підтримку в адаптації до нового середовища.

Боротьба зі стигмою психічних захворювань

Стигма є одним із найсерйозніших бар'єрів для одужання осіб з психічними розладами.

За визначенням Goffman (1963), **стигма** - *це «глибоко дискредитуюча» характеристика, що зводить людину «від цілої та звичайної особи до скаліченої, знеціненої».* У контексті психічного здоров'я *стигма проявляється в негативних установках, стереотипах та дискримінаційній поведінці щодо людей з психічними розладами.*

Дослідники виділяють **кілька рівнів стигми** (Corrigan et al., 2012) (табл.4.4.).

Наслідки стигми для осіб з психічними розладами є серйозними та багатогранними

Стигма призводить до затримки звернення по допомогу та відмови від лікування; соціальної ізоляції та погіршення стосунків; дискримінації при

працевлаштуванні та пошуку житла; зниження самооцінки та надії; погіршення клінічних результатів.

Дослідження показують, що люди з афазією після інсульту мають гіршу якість життя, частково через стигму, - і це поширюється на всі психічні розлади (Thornicroft et al., 2016).

Таблиця 4.4

Рівні стигми щодо психічних розладів

Рівень стигми	Характеристика	Стратегії подолання
Публічна стигма	Негативні стереотипи, упередження та дискримінація з боку суспільства	Протест, освіта, контакт з людьми з психічними розладами
Самостигматизація	Інтерналізація негативних стереотипів, зниження самооцінки	Когнітивна реструктуризація, групи самодопомоги, рівні консультанти
Стигма за асоціацією	Стигматизація родичів та близьких людей з психічними розладами	Групи підтримки для сімей, психоосвіта, адвокація
Структурна стигма	Дискримінаційні політики, недофінансування психіатричної допомоги	Законодавчі зміни, адвокація на рівні політик, паритет у фінансуванні

Доказові стратегії зменшення стигми включають три основні підходи.

Освіта (Education) - надання точної інформації про психічні розлади для спростування міфів.

Контакт (Contact) - організація позитивних взаємодій з людьми, які мають психічні розлади.

Протест (Protest) - публічне засудження дискримінаційних зображень та висловлювань.

Національні антистигматизаційні кампанії реалізуються у багатьох країнах. Кампанія «Time to Change» (Англія, 2007–2021) була однією з найбільших у світі та включала соціальну рекламу, залучення волонтерів з досвідом та роботу з цільовими групами. «See Me» (Шотландія) фокусується на зміні зображень психічних розладів у медіа. «Opening Minds» (Канада) розробила програми для різних цільових аудиторій - медичних працівників, молоді, роботодавців. «beyondblue» (Австралія) зосереджується на депресії та тривозі.

Роль соціальних працівників у боротьбі зі стигмою включає: моделювання поважного, недискримінаційного ставлення; використання коректної мови (people-first language: «людина з шизофренією», а не «шизофренік»); підтримку самоадвокації та розширення можливостей клієнтів; психоосвіту клієнтів, родин та громади; співпрацю з медіа для покращення зображень психічних розладів; адвокацію на рівні політики проти дискримінаційних практик; підтримку залучення людей з досвідом до надання послуг.

Інтерналізована стигма (самостигматизація) потребує особливої уваги. Програми типу «Долаємо стигму разом» (Ending Self-Stigma, Corrigan) навчають людей розпізнавати та протидіяти стигматизуючим думкам. Когнітивно-поведінкові підходи та терапія прийняття і відданості (ACT) показали ефективність у зменшенні самостигматизації (Hayes et al., 2006).

Отже, реабілітація осіб з психічними розладами є комплексною міждисциплінарною сферою, що базується на концепції одужання та правах людини. Сучасний підхід передбачає перехід від інституційної до громадської моделі допомоги, де люди з психічними розладами отримують підтримку для життя у своїх громадах.

Соціальні працівники відіграють ключову роль у цьому процесі, забезпечуючи зв'язок між клінічними послугами та соціальними ресурсами, сприяючи соціальній інтеграції, захищаючи права клієнтів та працюючи над зменшенням стигми. Базові знання психіатрії є необхідними для ефективної практики соціальної роботи у сфері психічного здоров'я.

Доказові практики, такі як підтримане проживання (Housing First), підтримане працевлаштування (IPS), асертивне лікування в громаді (ACT) та психосоціальна реабілітація, демонструють, що люди з тяжкими психічними розладами можуть успішно жити, працювати та брати участь у житті громади за умови адекватної підтримки.

Боротьба зі стигмою залишається пріоритетним завданням. Інтервенції, засновані на соціальному контакті, освіті та адвокації, можуть змінювати установки та поведінку, сприяючи інклюзії людей з психічними розладами в усі сфери суспільного життя.

4.4. Геронтологія та соціальна робота з людьми похилого віку

Старіння населення є однією з найважливіших демографічних тенденцій сучасності. За даними Організації Об'єднаних Націй, кількість людей віком 65 років і старше у світі зросте з 761 мільйона у 2021 році до 1,6 мільярда у 2050 році, що становитиме близько 16% світового населення.

В Україні ця тенденція особливо виражена: за прогнозами, до 2030 року частка населення старше 60 років може досягти 25%. Ця демографічна трансформація створює значні виклики для систем охорони здоров'я, соціального захисту та економіки, одночасно вимагаючи переосмислення ролі старості в суспільстві.

Геронтологія як *міждисциплінарна наука про старіння охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти цього процесу, тоді як геронтологічна соціальна робота (gerontological social work) спрямована на підтримку благополуччя людей похилого віку, їхніх сімей та громад.*

Соціальні працівники відіграють ключову роль у *геронтологічній практиці*, здійснюючи комплексну оцінку потреб літніх клієнтів, координацію послуг, консультування та терапію, кризове втручання, адвокацію та планування виписки з медичних закладів. На відміну від традиційного медичного підходу, що зосереджується на хворобах і дефіцитах, сучасна геронтологічна соціальна робота базується на підході на основі сильних сторін (strengths-based approach), який визнає ресурси, резильєнтність та потенціал кожної людини незалежно від віку.

Психофізіологічні особливості старіння

Старіння є складним, багатофакторним процесом, який охоплює біологічні, психологічні та соціальні виміри. З біологічної точки зору, **сенесценція (senescence)** - це хронічний кумулятивний процес втрати регенеративних та біопротекторних механізмів організму з плином часу (табл. 4.5.).

Фізіологічні зміни при старінні *зачіпають усі системи органів*: серцевий викид зменшується, артеріальний тиск підвищується, розвивається атеросклероз; легені демонструють порушений газообмін та зниження життєвої ємності; кліренс креатиніну знижується; у шлунково-кишковому тракті відбуваються функціональні зміни, пов'язані зі зміненою моторикою; прогресивно підвищується рівень глюкози в крові; розвивається остеопороз через лінійне зниження кісткової маси після четвертого десятиліття життя.

Саркопенія - вікова втрата м'язової маси та сили - є однією з ключових проблем, пов'язаних зі старінням. Дослідження свідчать, що причини саркопенії пов'язані з неврологічними змінами, гормональними порушеннями, харчуванням та фізичною активністю. *Саркопенія* асоційована зі смертністю: зниження м'язової маси та сили призводить до дисбалансу та крихкості, що підвищує ризик падінь. Рекомендації щодо споживання білка для літніх людей становлять 1,0-1,3 г/кг маси тіла, що вище, ніж для молодших дорослих.

Таблиця 4.5.

Аспекти старіння: біологічний, психологічний, соціальний

Аспект	Характерні зміни	Вплив на функціонування
Біологічне старіння	Сенесценція клітин, зниження регенерації, структурні зміни органів, саркопенія, остеопороз	Зниження фізичної витривалості, підвищений ризик захворювань, падінь, переломів
Психологічне старіння	Зниження швидкості обробки інформації, збереження кристалізованого інтелекту, зміна пріоритетів (соціоемоційна селективність)	Потреба більше часу на навчання, акцент на емоційно значущих стосунках, мудрість
Соціальне старіння	Вихід на пенсію, втрата соціальних ролей, зміна сімейного статусу (вдівство), звуження соціальної мережі	Ризик соціальної ізоляції та самотності, необхідність пошуку нових ролей та сенсу
Психогенне старіння (Galkin et al.)	Нещастя, самотність, депресія, тривога, безнадійність	Додає до 1,65 року до біологічного віку, перевищує вплив куріння та статі

Когнітивні зміни при старінні демонструють значну гетерогенність. Традиційні дослідження вказували на глобальне зниження когнітивного контролю з віком, що характеризується уповільненням швидкості обробки інформації та пов'язане зі змінами у лобовій корі головного мозку. Однак сучасні дослідження демонструють, що флюїдний інтелект (fluid intelligence), або здатність міркувати та розв'язувати проблеми, дійсно знижується з віком, тоді як кристалізований інтелект (crystallized intelligence), або накопичені знання, покращується з часом. Це може взаємодіяти з мета-когніціями, такими як позитивні переконання щодо віку, які пов'язані з нижчим ризиком деменції навіть за наявності генетичної схильності.

Психологічне старіння включає усвідомлення людиною процесу старіння та її адаптацію до нього. Серед адаптаційних установок можна виділити: конструктивну, залежну, ворожу щодо інших та ворожу щодо себе. Важливим поняттям є суб'єктивний вік - наскільки молодою чи старою людина себе відчуває. Численні дослідження демонструють, що нижчий суб'єктивний вік асоційований з кращим психічним і фізичним здоров'ям, когнітивними функціями, благополуччям та задоволенням життям. Теорія соціоемоційної селективності (socioemotional selectivity theory), розроблена Лорою Карстенсен у Стенфордському університеті, стверджує, що сприйняття часу відіграє фундаментальну роль у виборі та переслідуванні соціальних цілей.

Дослідження Galkin та співавторів (2022) з використанням глибокого навчання на даних аналізів крові з China Health and Retirement Longitudinal Study продемонструвало, що психологічні фактори, такі як відчуття нещастя або самотності, можуть додавати до 1,65 років до біологічного віку людини, і сукупний ефект перевищує вплив біологічної статі, місця проживання, сімейного стану та статусу куріння. Це підкреслює, що психогенне старіння (psychogenic aging) має бути інтегральним компонентом геронтологічних досліджень.

Соціальне старіння стосується ролі літньої людини, яка є культурно обумовленою і може змінюватися зі зміною звичаїв. Біологічні зміни, що відбуваються з віком, впливають на настрій, ставлення до оточення, фізичний стан і соціальну активність, а також визначають місце літніх людей у сім'ї та суспільстві. Для соціального працівника важливо розуміти ці взаємозв'язки, щоб надавати комплексну підтримку, яка враховує всі аспекти старіння.

Активне довголіття: концепція та практика

Концепція успішного старіння (successful aging) була запропонована Джоном Роу та Робертом Каном у 1987 році у статті в журналі Science, а пізніше детально розроблена в їхній книзі «Successful Aging» (1998). На відміну від традиційного погляду на старіння як на період неминучого занепаду, модель Джон Роу та Роберт Кана розрізняє «звичайне старіння» (usual aging), яке передбачає очікуване поступове зниження функцій та збільшення захворювань, і «успішне старіння», яке є значно більш позитивним і проактивним досвідом (Рис. 4.6).

Модель Джон Роу та Роберт Кана базується на *трьох взаємопов'язаних компонентах*: (1) *низька ймовірність захворювань та пов'язаної з ними інвалідності*; (2) *високий рівень когнітивного та фізичного функціонування*; (3) *активна залученість до життя, яка включає міжособистісні стосунки* (підтримання значущих зв'язків з сім'єю, друзями та соціальною мережею) та *продуктивну діяльність* (участь у діяльності, яка створює цінність для себе або інших - волонтерство, догляд за іншими, хобі). Міцні соціальні зв'язки забезпечують емоційну підтримку, зменшують почуття самотності та ізоляції, сприяють загальному психічному благополуччю.

УСПІШНЕ СТАРІННЯ		
↓	↓	↓
Низька ймовірність захворювань та інвалідності	**Високе когнітивне та фізичне функціонування**	**Активна залученість до життя**
• Профілактика хвороб • Здоровий спосіб життя • Управління факторами ризику	• Когнітивна стимуляція • Фізична активність • Підтримка незалежності	• Міжособистісні стосунки • Продуктивна діяльність • Соціальна участь

Доповнення Crowther et al. (2002): + Позитивна духовність

Рис. 4.6. Модель успішного старіння Роу та Кана (1997)

Хоча модель Джон Роу та Роберт Кана залишається впливовою, вона зазнала критики. Одна з проблем - її статична природа: модель оцінює успішне старіння в один момент часу, не враховуючи траєкторії розвитку та змін функціонування впродовж життя. Критики також вказують на її акцент на

особистому контролі над результатами пізнього віку та нехтування історичним, культурним контекстом, соціальними стосунками та структурними чинниками. Crowther та співавтори (2002) запропонували доповнити модель четвертим фактором - позитивною духовністю, оскільки наукові дані демонструють зв'язок духовності зі здоров'ям літніх людей.

Альтернативні підходи включають *модель селективної оптимізації з компенсацією (Selective Optimization with Compensation, SOC)* Балтесів (1990), яка описує стратегію адаптації, застосовну впродовж усього життя. *Модель психологічного благополуччя* (1989) пропонує шість доменів (автономія, позитивні стосунки з іншими, особистісний розвиток, мета в житті, самоприйняття, володіння середовищем), які не включають явно хвороби чи інвалідність, фокусуючись на психологічних аспектах.

Всесвітня організація охорони здоров'я у 2002 році запропонувала *концепцію активного старіння (active ageing),* визначене як «процес оптимізації можливостей для здоров'я, участі та безпеки з метою підвищення якості життя людей у міру старіння». *Модель базується на чотирьох ключових «стовпах»: здоров'я, навчання впродовж життя, участь та безпека.* Дослідження з населенням Іспанії (Hijas-Gómez et al., 2020) підтвердило, що модель активного старіння ВООЗ дозволяє прогнозувати тривалість життя через стовп здоров'я.

У 2015 році ВООЗ визначила здорове старіння (healthy ageing) як «процес розвитку та підтримання функціональної здатності, яка забезпечує благополуччя у похилому віці». Функціональна здатність визначається внутрішньою спроможністю індивіда (комбінацією всіх фізичних і психічних можливостей), середовищем (у найширшому сенсі) та взаємодією між ними. Здорове старіння - це не відсутність хвороб: багато літніх людей мають одну чи більше станів здоров'я, які, якщо добре контрольовані, мало впливають на їхнє благополуччя (табл.4.6.).

Десятиліття здорового старіння ООН (2021-2030) є глобальною співпрацею, спрямованою на покращення життя літніх людей, їхніх сімей та громад. ВООЗ координує реалізацію Десятиліття та визначає чотири напрями дій: зміна ставлення до віку та старіння (боротьба з ейджизмом); розвиток середовищ, дружніх до віку; забезпечення інтегрованої допомоги; забезпечення доступу до довгострокової допомоги. Станом на 2024 рік близько 50 країн впровадили ініціативи на підтримку здорового старіння.

Таблиця 4.6

Концепції ВООЗ щодо старіння

КОНЦЕПЦІЯ	КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ	ФОКУС
Active Ageing (2002)	4 стовпи: здоров'я, навчання впродовж життя, участь, безпека	Оптимізація можливостей для здоров'я, участі та безпеки з метою покращення якості життя
Healthy Ageing (2015)	Функціональна здатність = Внутрішня спроможність + Середовище	Розвиток та підтримка функціональної здатності для благополуччя в літньому віці
UN Decade (2021-2030)	4 напрями: боротьба з ейджизмом, дружні до віку середовища, інтегрована допомога, довгостроковий догляд	Глобальна співпраця для покращення життя літніх людей, їхніх сімей та громад

Практичні компоненти активного довголіття включають:

- фізичну активність (дослідження Fries демонструють, що фізичні вправи покращують здоров'я як з точки зору смертності, так і кумулятивної інвалідності;
- відсутність таких факторів ризику, як нестача фізичних вправ, куріння та надмірна вага, асоційована з відтермінуванням інвалідності на 6,7-9 років);
- когнітивну стимуляцію (заняття головоломками, читання, вивчення нових навичок, соціалізація);
- соціальну залученість (участь у громадських заходах, волонтерство, підтримання стосунків);
- здорове харчування (достатнє споживання білка, вітаміну D та кальцію).

Соціальне обслуговування літніх людей

Соціальне обслуговування літніх людей охоплює широкий спектр послуг, спрямованих на підтримку їхнього благополуччя, незалежності та якості життя. Послуги на базі громади (*community-based supports and services, CBSS)* розроблені для того, щоб допомогти літнім людям, які проживають у громаді, залишатися безпечно вдома та затримати або запобігти інституціоналізації. *CBSS* надають (і виступають сполучною ланкою до) конкретних ресурсів для літніх людей та їхніх доглядальників, включаючи програми оздоровлення, харчову підтримку, освітні програми про здоров'я та старіння, транспортні послуги та юридичну допомогу.

Основні типи соціальних послуг для літніх людей включають:

- домашній догляд (допомога з повсякденними діями, такими як купання, одягання, приготування їжі);
- денні центри для дорослих (соціальні та підтримуючі послуги групам літніх людей у громаді, деякі також надають медичну допомогу);
- доставка харчування (програми типу «Meals on Wheels» забезпечують третину добової норми поживних речовин);
- транспортні послуги;
- перепочинковий догляд (respite care) для надання короткочасної відпустки основним доглядальникам.

Програма всеохоплюючої допомоги для літніх людей (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)* в США надає комплексні медичні та соціальні послуги крихким літнім людям, які проживають у громаді і здебільшого мають право як на Medicare, так і на Medicaid. Мультидисциплінарна команда медичних професіоналів забезпечує учасників PACE скоординованою допомогою. Для більшості учасників комплексний пакет послуг дозволяє їм залишатися в громаді, а не отримувати догляд у будинку престарілих. Оцінки програми PACE демонстрували вищу задоволеність пацієнтів, покращення стану здоров'я та фізичного функціонування, збільшення кількості днів у громаді, покращення якості життя та нижчу смертність.

Модель Природно виниклих пенсійних громад *(Naturally Occurring Retirement Community-Supportive Service Program, NORC-SSP)* базується на географії, а не на послугах. Перша NORC була створена у 1986 році в житловому комплексі Penn South Houses у Нью-Йорку для підтримки групи

літніх людей, які постаріли на місці, але потребували системи підтримки для продовження незалежного проживання. Комплекс уклав партнерство з місцевою соціальною агенцією для надання послуг, необхідних для перетворення звичайного житла на таке, що відповідає потребам людей зі станом здоров'я, що погіршується.

Типи закладів тривалого догляду включають:

- сімейні доми догляду (житлові будинки з підтримкою для 2-6 осіб);
- заклади допоміжного проживання (assisted living facilities);
- будинки престарілих (nursing homes), які надають медичну допомогу, допомогу з повсякденними діями, харчування та прання;
- громади безперервного догляду пенсіонерів (continuing care retirement communities, CCRC), які забезпечують безперервний догляд у міру старіння людини.

Оскільки послуги на базі громади коштують значно менше, ніж інституційний догляд (будинки престарілих та заклади кваліфікованого догляду), надання послуг безпосередньо споживачам є більш розумним підходом як з фіскальної, так і з людської точки зору. В Україні система соціальних послуг для літніх людей включає територіальні центри соціального обслуговування, будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, геріатричні пансіонати. Закон України «Про соціальні послуги» (2019) визначає перелік соціальних послуг та порядок їх надання, включаючи догляд вдома, денний догляд, підтримане проживання.

Роль соціального працівника у соціальному обслуговуванні літніх людей включає: оцінку потреб клієнта (фізичних, психологічних, соціальних та екологічних); розробку індивідуального плану догляду; кейс-менеджмент та координацію послуг; надання інформації та консультування; адвокацію прав літньої людини; роботу з сім'ями та доглядальниками; планування виписки з медичних закладів; кризове втручання. Геронтологічні соціальні працівники співпрацюють з мультидисциплінарними командами, які включають лікарів, медсестер, психологів, терапевтів та інших фахівців.

Паліативна допомога

Паліативна допомога - *це підхід, який покращує якість життя пацієнтів (дорослих і дітей) та їхніх сімей, які стикаються з проблемами, пов'язаними із захворюваннями, що загрожують життю*. Вона запобігає та

полегшує страждання через раннє виявлення, правильну оцінку та лікування болю та інших проблем, як фізичних, так і психосоціальних чи духовних. За даними ВООЗ, щорічно приблизно 56,8 мільйона людей потребують паліативної допомоги, з них 25,7 мільйона - в останній рік життя. У всьому світі лише близько 14% людей, які потребують паліативної допомоги, наразі її отримують.

Паліативна допомога використовує командний підхід для підтримки пацієнтів та їхніх доглядальників. Це включає задоволення практичних потреб і надання підтримки у переживанні втрати. Вона пропонує систему підтримки, щоб допомогти пацієнтам жити якомога активніше до смерті. Паліативна допомога явно визнана як право людини на здоров'я. Вона має надаватися через особистісно-орієнтовані та інтегровані медичні послуги з особливою увагою до специфічних потреб і уподобань індивідів.

Паліативна допомога є найбільш ефективною, якщо її розглядати на ранніх стадіях захворювання. Рання паліативна допомога не тільки покращує якість життя пацієнтів, але й зменшує непотрібні госпіталізації та використання медичних послуг. У 2014 році перша в історії глобальна резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA67.19 закликала ВООЗ та держави-члени покращити доступ до паліативної допомоги як основного компонента систем охорони здоров'я з акцентом на первинну медичну допомогу та допомогу на базі громади/вдома.

Хоспісна допомога (hospice care) є специфічним типом паліативної допомоги, що надається особам з очікуваною тривалістю життя, яка вимірюється місяцями, а не роками. Хоспісні команди забезпечують пацієнтів та їхні сім'ї експертною медичною допомогою, емоційною та духовною підтримкою, зосереджуючись на покращенні якості життя пацієнта та родини.

За законодавством США, щоб отримати хоспісну допомогу за програмою Medicare, дорослі пацієнти повинні мати визначений, обмежений у часі прогноз (засвідчений двома лікарями як шість місяців або менше, якщо хвороба розвиватиметься своїм звичайним шляхом) і бажати допомоги, спрямованої на комфорт.

Хоспіс - це підхід до допомоги, тому він не прив'язаний до конкретного місця. Він може надаватися в двох типах середовищ - вдома або в закладі, такому як будинок престарілих, лікарня чи навіть окремий хоспісний центр. Хоспіс збирає команду людей зі спеціальними навичками - серед них медсестри, лікарі, соціальні працівники, духовні наставники та навчені волонтери.

Усі працюють разом з людиною, яка помирає, доглядальником та/або сім'єю для надання необхідної медичної, емоційної та духовної підтримки. Член хоспісної команди регулярно відвідує, і хтось зазвичай завжди доступний по телефону - 24 години на добу, сім днів на тиждень (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Порівняння паліативної та хоспісної допомоги

КРИТЕРІЙ	ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА	ХОСПІСНА ДОПОМОГА
Мета	Покращення якості життя, полегшення симптомів та страждань	Комфорт та гідність в кінці життя
Прогноз	Будь-яка стадія серйозного захворювання	Прогноз 6 місяців або менше (для Medicare/Medicaid)
Лікування хвороби	Може поєднуватися з куративним лікуванням	Куративне лікування припиняється, фокус на комфорт
Місце надання	Лікарня, амбулаторія, вдома	Вдома, хоспіс, nursing home, госпіталь
Команда	Мультидисциплінарна команда, інтеграція з основним лікуванням	Спеціалізована команда: медсестри, лікарі, соц. працівники, духовенство, волонтери
Підтримка сім'ї	Консультування, навчання, координація послуг	Комплексна підтримка, включаючи підтримку у горі після смерті (bereavement)

Клінічні практичні рекомендації щодо якісної паліативної допомоги (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 4-те видання, 2018) охоплюють вісім доменів допомоги:

1) структура та процеси паліативної програми; фізичні аспекти допомоги; психологічні та психіатричні аспекти; соціальні аспекти;

2) духовні, релігійні та екзистенціальні аспекти;

3) культурні аспекти; догляд в кінці життя;

4) етичні та правові аспекти. Паліативні послуги повинні включати як мінімум: комплексну оцінку (біль та інший дистрес, пов'язаний із симптомами; функціональний статус);

6) психосоціальні та духовні потреби;

7) координацію допомоги; психологічну, соціальну та духовну підтримку пацієнта та доглядальника;

8) навчання пацієнта та сім'ї.

В Україні паліативна допомога регулюється Законом України «Про паліативну допомогу» та відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я. Паліативна допомога надається в спеціалізованих закладах (хосписи, паліативні відділення лікарень), а також вдома мобільними бригадами паліативної допомоги. *Соціальні працівники є невід'ємною частиною паліативних команд, забезпечуючи психосоціальну підтримку пацієнтів та їхніх сімей, координацію соціальних послуг, допомогу у вирішенні практичних питань (юридичних, фінансових), підтримку у переживанні горя та втрати.*

Профілактика жорстокого поводження з літніми

Жорстоке поводження з літніми людьми (elder abuse) - *це одноразова або повторювана дія, або відсутність відповідних дій, що відбувається в будь-яких стосунках, де є очікування довіри, і яка спричиняє шкоду або страждання літній людині.* Цей тип насильства є порушенням прав людини і включає фізичне, сексуальне, психологічне та емоційне насильство; фінансову та матеріальну експлуатацію; залишення; занедбаність; та серйозну втрату гідності та поваги. За даними ВООЗ, огляд 52 досліджень у 28 країнах (2017) оцінив, що протягом останнього року 1 з 6 людей (15,7%) віком 60 років і старше зазнали якоїсь форми насильства.

Типи жорстокого поводження з літніми людьми включають:

– фізичне насильство (побиття, штовхання, застосування обмежувальних заходів);

– психологічне насильство (залякування, приниження, ізоляція, погрози);

– сексуальне насильство;

– фінансова експлуатація (незаконне або несанкціоноване використання грошей, пільг, майна літньої людини);

– занедбаність (невиконання основних потреб - харчування, вода, житло, одяг, гігієна, необхідна медична допомога).

За даними Центру контролю захворювань США (CDC), насильство, включаючи занедбаність та експлуатацію, переживає приблизно 1 з 10 літніх людей, які живуть вдома (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Види жорстокого поводження з літніми людьми

ВИД	ВИЗНАЧЕННЯ	ІНДИКАТОРИ
Фізичне насильство	Застосування фізичної сили, що призводить до болю, травм або порушення здоров'я	Синці, переломи, опіки, подряпини, страх
Психологічне насильство	Емоційний біль через приниження, залякування, ізоляцію, погрози	Депресія, тривога, уникнення контакту очима, замкненість
Сексуальне насильство	Будь-який несанкціонований сексуальний контакт	Травми статевих органів, венеричні захворювання, поведінкові зміни
Фінансова експлуатація	Незаконне використання коштів, майна або активів літньої людини	Незрозумілі фінансові операції, зміни у заповіті, зникнення речей
Занедбаність	Невиконання обов'язків щодо догляду: харчування, гігієна, медична допомога	Недоїдання, зневоднення, пролежні, неохайність, невідповідний одяг
Самозанедбаність	Нездатність або небажання забезпечити власні базові потреби	Антисанітарні умови, неадекватне харчування, відмова від медичної допомоги

Фактори ризику жорстокого поводження існують на різних рівнях.

На *індивідуальному рівні* ризик підвищений для осіб з когнітивними порушеннями (деменція, хвороба Альцгеймера), функціональними обмеженнями, соціальною ізоляцією та самотністю, психічними проблемами.

На *рівні стосунків тип відносин* (подружжя/партнер або дитина/батько), залежність від доглядальника, стрес та вигорання доглядальника.

На *рівні громади та суспільства* - ейджизм щодо літніх людей та певні культурні норми (наприклад, нормалізація насильства). Соціальна підтримка та життя разом з іншими (не самотньо) знижують ймовірність насильства (Рис. 4.7.).

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА	ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА	ТРЕТИННА ПРОФІЛАКТИКА
Запобігання виникненню	Раннє виявлення та втручання	Мінімізація наслідків
• Освітні програми • Підтримка доглядальників • Міжпоколінні програми • Боротьба з ейджизмом	• Скринінг ризику • Гарячі лінії • Домашні візити • Обов'язкове звітування	• Мультидисциплінарні команди • Кризове втручання • Правовий захист • Притулки, альтернативне проживання

Рис. 4.7. Рівні профілактики жорстокого поводження з літніми людьми

Наслідки жорстокого поводження з літніми людьми можуть бути серйозними: фізичні травми, тривалі психологічні наслідки (депресія, тривога, ПТСР), підвищений ризик поміщення в заклад догляду, використання служб невідкладної допомоги, госпіталізація та передчасна смерть. За даними ФБР, дорослі старше 60 років у США у 2023 році втратили понад 3,4 мільярда доларів внаслідок шахрайства.

Стратегії профілактики та реагування на жорстоке поводження з літніми людьми за даними Кокранівського огляду (Baker et al., 2020) включають: первинну профілактику (освітні програми для підвищення обізнаності; програми для зниження факторів, що впливають на насильство, такі як перепочинковий догляд, соціальна підтримка, програми для доглядальників; міжпоколінні програми); вторинну профілактику (скринінг і раннє виявлення; гарячі лінії для повідомлення та отримання підтримки; домашні візити та оцінка геріатричних потреб; обов'язкове звітування); третинну профілактику (мультидисциплінарні команди; кризове втручання; правовий захист).

ВООЗ та партнери (2022) опублікували п'ять пріоритетів для боротьби з жорстоким поводженням з літніми людьми на Десятиліття здорового

старіння (2021-2030): (1) боротьба з ейджизмом, оскільки він є основною причиною недостатньої уваги до проблеми; (2) генерація кращих даних для підвищення обізнаності про проблему; (3) розробка та масштабування ефективних рішень; (4) обґрунтування інвестицій, демонструючи економічну ефективність; (5) збільшення фінансування.

У 2024 році ВООЗ випустила інтерактивну базу даних 89 інтервенцій, які демонструють перспективність у запобіганні та реагуванні на насильство щодо літніх людей.

Систематичний огляд Storey et al. (2020) виявив, що докази ефективності більшості інтервенцій з профілактики насильства залишаються слабкими або недостатніми. Однак було ідентифіковано кілька перспективних практик: інтервенції для доглядальників (послуги для зменшення тягаря догляду); програми управління фінансами для літніх людей, вразливих до фінансової експлуатації; гарячі лінії та притулки невідкладної допомоги; мультидисциплінарні команди. Освітні інтервенції асоціювалися з покращенням знань про насильство серед літніх людей, розпізнавання та повідомлення про насильство, але самої лише дидактичної підготовки недостатньо для зміни поведінки.

Роль соціального працівника у профілактиці жорстокого поводження з літніми людьми включає: скринінг та оцінку ризику насильства; повідомлення про випадки насильства до відповідних служб (Adult Protective Services, правоохоронні органи); кризове втручання та планування безпеки; консультування та емоційна підтримка постраждалих; координація з мультидисциплінарними командами (юристи, медики, правоохоронці); підтримка доглядальників для зменшення стресу та вигорання; освітня робота з підвищення обізнаності; адвокація політик та законодавства для захисту літніх людей.

В Україні повідомлення про випадки насильства можна подавати до поліції, соціальних служб та органів опіки і піклування.

Отже, геронтологічна соціальна робота є критично важливою галуззю в умовах глобального старіння населення. Розуміння психофізіологічних особливостей старіння - від біологічних змін в органах і системах до психологічних адаптацій та соціальних трансформацій - є фундаментом для

ефективної практики соціальної роботи з літніми людьми. Сучасні дослідження демонструють, що психологічні фактори, такі як самотність та негативне самосприйняття віку, можуть прискорювати біологічне старіння, що підкреслює важливість цілісного підходу до геронтологічної практики.

Концепції активного та здорового старіння, від моделі успішного старіння Джона Роу та Роберта Кана до рамок ВООЗ, надають теоретичну основу для програм та інтервенцій, спрямованих на підтримку благополуччя літніх людей. Десятиліття здорового старіння ООН (2021-2030) координує глобальні зусилля з покращення життя літніх людей через чотири напрями дій: боротьба з ейджизмом, розвиток дружніх до віку середовищ, інтегрована допомога та довгостроковий догляд.

Соціальне обслуговування літніх людей охоплює широкий спектр послуг на базі громади та в закладах тривалого догляду. Доказові програми, такі як PACE, демонструють, що комплексні, скоординовані послуги можуть значно покращити якість життя літніх людей, зменшити госпіталізації та дозволити їм залишатися в громаді. Паліативна допомога є невід'ємною частиною геронтологічної практики, забезпечуючи полегшення страждань та підтримку якості життя на всіх стадіях тяжких захворювань.

Профілактика жорстокого поводження з літніми людьми залишається пріоритетом для соціальних працівників, враховуючи, що близько 15% літніх людей у світі зазнають тієї чи іншої форми насильства. Хоча доказова база для багатьох інтервенцій все ще розвивається, перспективні практики включають підтримку доглядальників, скринінг та раннє виявлення, мультидисциплінарні команди та боротьбу з ейджизмом як кореневою причиною проблеми.

Соціальні працівники відіграють ключову роль у геронтологічній практиці, застосовуючи підхід на основі сильних сторін, який визнає ресурси, резильєнтність та права кожної літньої людини. Від комплексної оцінки потреб до кейс-менеджменту, від кризового втручання до адвокації - соціальні працівники є важливою сполучною ланкою між літніми клієнтами, їхніми сім'ями, медичними та соціальними службами. В умовах триваючого демографічного старіння України підготовка кваліфікованих геронтологічних соціальних працівників є критично важливою для забезпечення гідного та якісного життя людей похилого віку.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 4.1. Біопсихосоціальна модель інвалідності

1. Охарактеризуйте еволюцію моделей інвалідності: від моральної та медичної моделей до соціальної та біопсихосоціальної.
2. У чому полягає сутність біопсихосоціальної моделі інвалідності за Дж. Енгелем? Які її основні компоненти?
3. Розкрийте структуру та основні компоненти Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ).
4. Поясніть взаємозв'язок між поняттями «функції та структури організму», «активність», «участь», «контекстуальні фактори» в МКФ.
5. Чим відрізняються бар'єри та фасилітатори середовища? Наведіть приклади кожної категорії.
6. Розкрийте основні положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006). Які зобов'язання покладаються на держави-учасниці?
7. Що таке універсальний дизайн та розумне пристосування? Наведіть практичні приклади.
8. Охарактеризуйте українське законодавство у сфері захисту прав осіб з інвалідністю. Які основні нормативні акти його складають?

До теми 4.2. Медичні аспекти реабілітації

1. Дайте визначення реабілітації за ВООЗ. Які основні цілі та принципи реабілітаційного процесу?
2. Охарактеризуйте етапи реабілітаційного процесу: гостра, підгостра та довгострокова фази реабілітації.
3. Що таке мультидисциплінарна команда в реабілітації? Які спеціалісти входять до її складу та яка роль соціального працівника?
4. Розкрийте особливості реабілітації при травмах спинного мозку. Які медичні, психологічні та соціальні аспекти потрібно враховувати?
5. Охарактеризуйте особливості реабілітації після інсульту. Що таке нейропластичність та яке її значення для відновлення?
6. Що таке асистивні технології? Наведіть приклади допоміжних пристроїв для різних функціональних обмежень.

7. Розкрийте особливості реабілітації військовослужбовців та ветеранів. Які специфічні потреби цієї групи?

8. Охарактеризуйте систему реабілітації в Україні. Які заклади та служби надають реабілітаційні послуги?

До теми 4.3. Реабілітація осіб з психічними розладами

1. Розкрийте концепцію одужання (recovery) у сфері психічного здоров'я. Чим вона відрізняється від традиційного медичного підходу?

2. Охарактеризуйте рамку CHIME (Leamy et al., 2011). Які п'ять процесів одужання вона виділяє?

3. Що таке деінституціоналізація у сфері психічного здоров'я? Опишіть Тріестську модель та її основні принципи.

4. Розкрийте сутність та принципи підтриманого працевлаштування (IPS). Які результати демонструють дослідження його ефективності?

5. Що таке підтримане проживання та модель «Житло насамперед» (Housing First)? Які докази її ефективності?

6. Охарактеризуйте стигму щодо психічних розладів. Які рівні стигми виділяють та які стратегії боротьби з нею існують?

7. Що таке Assertive Community Treatment (ACT)? Які його основні компоненти та для яких клієнтів він призначений?

8. Розкрийте роль рівних консультантів (peer support) у психосоціальній реабілітації. Які переваги та обмеження цього підходу?

До теми 4.4. Геронтологія та соціальна робота з людьми похилого віку

1. Охарактеризуйте психофізіологічні особливості старіння: біологічні, психологічні та соціальні аспекти.

2. Розкрийте модель успішного старіння Роу та Кана. Які три компоненти вона включає?

3. Охарактеризуйте концепції активного та здорового старіння ВООЗ. Що таке Десятиліття здорового старіння ООН (2021-2030)?

4. Які основні види соціальних послуг надаються літнім людям? Охарактеризуйте послуги на базі громади.

5. Що таке паліативна допомога? Чим вона відрізняється від хоспісної допомоги?

6. Охарактеризуйте види жорстокого поводження з літніми людьми та фактори ризику такого поводження.

7. Які стратегії профілактики жорстокого поводження з літніми людьми рекомендує ВООЗ? Яка роль соціального працівника?

8. Розкрийте особливості геронтологічної соціальної роботи. Які функції виконує соціальний працівник у роботі з літніми клієнтами?

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Аналіз випадку: застосування МКФ

Ситуація: Олександр, 35 років, після автомобільної аварії отримав травму спинного мозку на рівні Т10, що призвело до параплегії (паралічу нижніх кінцівок). До травми працював менеджером з продажу, був активним, займався спортом, мав широке коло друзів. Зараз проживає з батьками у квартирі на 5-му поверсі без ліфта. Олександр перебуває в депресивному стані, відмовляється виходити з дому, втратив контакт з друзями.

Завдання:

- Проаналізуйте ситуацію Олександра за компонентами МКФ: функції та структури організму; обмеження активності; обмеження участі; фактори середовища (бар'єри та фасилітатори); особистісні фактори.
- Визначте ключові потреби клієнта та сформулюйте цілі соціальної роботи.
- Запропонуйте план втручання, включаючи роботу з бар'єрами середовища та використання фасилітаторів.
- Які спеціалісти мультидисциплінарної команди мають бути залучені до роботи з цим клієнтом?

КЕЙС 2. Розробка плану психосоціальної реабілітації

Ситуація: Марія, 28 років, має діагноз шизофренія, перебуває у стані ремісії після останньої госпіталізації (6 місяців тому). Має вищу освіту (філолог), але ніколи не працювала за спеціальністю. Проживає з матір'ю, яка є її основним доглядальником і дуже опікується донькою. Марія висловлює бажання працювати та жити самостійно, але боїться стигми та невдачі.

Завдання:

- Застосуйте рамку CHIME для оцінки поточного стану одужання Марії.
- Розробіть індивідуальний план реабілітації, включаючи короткострокові та довгострокові цілі.
- Як можна застосувати принципи підтриманого працевлаштування (IPS) у випадку Марії?
- Яку роботу потрібно провести з матір'ю Марії та чому?
- Які стратегії подолання самостигматизації можна запропонувати клієнтці?

КЕЙС 3. Кейс з геронтологічної соціальної роботи

Ситуація: Петро Іванович, 78 років, вдівець, проживає сам у приватному будинку. Має цукровий діабет 2 типу, артеріальну гіпертензію, початкові ознаки когнітивного зниження. Донька живе в іншому місті і приїжджає раз на місяць. Останнім часом сусіди помітили, що Петро Іванович виглядає неохайно, схуд, іноді забуває виключити газову плиту. Він відмовляється переїхати до доньки або в заклад догляду, каже: «Я тут народився і тут помру».

Завдання:

- Проведіть комплексну оцінку потреб клієнта (фізичних, психологічних, соціальних, побутових).
- Які ризики існують для клієнта і як їх можна мінімізувати, поважаючи його право на самовизначення?
- Розробіть план послуг на базі громади, які дозволять Петру Івановичу залишитися вдома.
- Яку роботу потрібно провести з донькою клієнта?
- За яких обставин і як слід порушувати питання про паліативну допомогу або довгостроковий догляд?

КЕЙС 4. Виявлення та реагування на насильство щодо літньої людини

Ситуація: Під час домашнього візиту до 82-річної Галини Петрівни, яка отримує послуги з догляду вдома, соціальний працівник помітив синці на її руках. На запитання про їх походження клієнтка спочатку сказала, що впала, але потім зізналася, що онук, який живе з нею, іноді «трохи грубий», коли вона не дає йому грошей на «його справи». Галина Петрівна просить нікому не

розповідати, бо «він же єдиний, хто зі мною живе» і «це сім'я, нікого не стосується».

Завдання:

– Визначте типи насильства, які, ймовірно, має місце в цій ситуації.
– Які етичні дилеми виникають у цій ситуації? Як збалансувати право на конфіденційність та обов'язок захистити клієнта?
– Розробіть план безпеки для Галини Петрівни.
– Які дії має вжити соціальний працівник відповідно до законодавства України?
– Які служби та ресурси можуть бути залучені для допомоги у цій ситуації?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Порівняльний аналіз моделей

Завдання: Підготуйте порівняльну таблицю, яка аналізує три моделі інвалідності:

– Медична модель
– Соціальна модель
– Біопсихосоціальна модель (МКФ)

Критерії порівняння: визначення інвалідності; причина інвалідності; локус проблеми; мета втручання; роль фахівців; роль самої особи з інвалідністю; переваги моделі; обмеження моделі.

Завдання 2. Розробка програми профілактики

Завдання: Розробіть проєкт програми профілактики соціальної ізоляції та самотності серед літніх людей у вашій громаді.

а) Проведіть аналіз проблеми (масштаб, причини, наслідки ізоляції та самотності).

б) Визначте цільову групу програми.

в) Сформулюйте мету та завдання програми.

г) Опишіть заходи/активності програми.

д) Визначте індикатори результативності.

е) Визначте ресурси та партнерів для реалізації програми.

Завдання 3. Есе-роздум

Напишіть есе (1500-2000 слів) на одну з тем:

а) «Деінституціоналізація у сфері психічного здоров'я: можливості та ризики для України».

б) «Стигма щодо психічних розладів: як змінити суспільне ставлення?»

в) «Ейджизм у сучасному суспільстві: прояви та стратегії протидії».

г) «Право на гідну смерть: етичні аспекти паліативної допомоги».

Завдання 4. Групова дискусія

Підготуйтеся до групової дискусії на тему: «Чи можливе успішне старіння для всіх?»

Питання для обговорення:

- Чи не є модель «успішного старіння» дискримінаційною щодо людей з хронічними захворюваннями та інвалідністю?
- Яку роль відіграє соціальна нерівність у можливостях «успішно старіти»?
- Наскільки особистий контроль визначає якість старіння? Які структурні бар'єри існують?
- Як культурні відмінності впливають на розуміння «успішного» або «здорового» старіння?

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як поєднання медичного та соціального підходів впливає на ефективність реабілітації людини?
2. Чи може реабілітація бути успішною без урахування біологічних процесів організму, чи соціальні фактори є визначальними?
3. Як біопсихосоціальна модель змінює традиційне уявлення про інвалідність і реабілітацію?
4. У чому полягає взаємозв’язок між фізичним станом людини та її соціальною адаптацією?
5. Які ризики виникають при надмірній медикалізації соціальної реабілітації?
6. Як сучасні досягнення медицини та нейронаук впливають на підходи до реабілітації?

7. Якою має бути роль соціального працівника у міждисциплінарній реабілітаційній команді?

8. Як можна оцінити ефективність реабілітації: через медичні показники чи соціальні результати?

9. Як забезпечити індивідуалізацію реабілітаційних програм з урахуванням стану здоров’я та соціального контексту клієнта?

10. Які етичні дилеми можуть виникати у процесі реабілітації (наприклад, автономія клієнта vs медичні рекомендації)?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.

2. World Health Organization. (2011). World Report on Disability. Geneva: WHO.

3. World Health Organization. (2017). Rehabilitation in Health Systems. Geneva: WHO.

4. World Health Organization. (2021). Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches. Geneva: WHO.

5. World Health Organization. (2021). Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030. Geneva: WHO.

6. National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. Richmond, VA.

7. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.

8. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.

9. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433-440.

10. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445-452.

Додаткова література

1. Oliver, M. (1983). Social Work with Disabled People. London: Macmillan.

2. Bond, G. R., et al. (2008). An update on Individual Placement and Support. World Psychiatry, 17(2), 164-175.

3. Thornicroft, G., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. The Lancet, 387(10023), 1123-1132.

4. Crowther, M. R., et al. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality – the forgotten factor. The Gerontologist, 42(5), 613-620.

5. Galkin, F., et al. (2022). Psychological factors substantially contribute to biological aging. Aging, 14, 7206-7222.

6. Baker, P. R., et al. (2020). Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews.

7. Aubry, T., et al. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of Housing First with ACT in five Canadian cities. Psychiatric Services, 66(5), 463-469.

8. Davidson, L., et al. (2012). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. Schizophrenia Bulletin, 38(5), 443-450.

9. Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. Psychiatric Services, 63(10), 963-973.

10. Goffman, E. (1961). Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Anchor Books.

Нормативно-правові акти

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006).
2. Принципи ООН щодо захисту осіб з психічними захворюваннями та покращення психіатричної допомоги (1991).
3. Принципи ООН щодо літніх людей (1991).
4. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005, із змінами).
5. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991, із змінами).
6. Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000, із змінами).
7. Закон України «Про соціальні послуги» (2019).
8. Закон України «Про паліативну допомогу» (2022).
9. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку» (1993).
10. Концепція розвитку системи психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (розпорядження КМУ від 27.12.2017 № 1018-р).

Електронні ресурси:

1. WHO International Classification of Functioning, Disability and Health: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health
2. WHO Rehabilitation: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation
3. WHO Mental Health: https://www.who.int/health-topics/mental-health
4. UN Decade of Healthy Ageing Platform: https://www.decadeofhealthyageing.org/
5. IPS Employment Center (Dartmouth): https://ipsworks.org/
6. Clubhouse International: https://clubhouse-intl.org/
7. National Institute on Aging (NIA): https://www.nia.nih.gov/
8. National Center on Elder Abuse (NCEA): https://ncea.acl.gov/
9. Center to Advance Palliative Care (CAPC): https://www.capc.org/
10. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks: https://www.gamian.eu/

РОЗДІЛ 5.
СОЦІАЛЬНЕ ПАРТНЕРСТВО ТА МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ

Сучасна соціальна робота функціонує в умовах складного інституційного середовища, де жоден окремий актор – держава, бізнес чи громадянське суспільство – не здатний самостійно забезпечити ефективне вирішення комплексних соціальних проблем. Як зазначає Е. Остром (Ostrom, 1990), Нобелівська лауреатка з економіки, успішне управління суспільними ресурсами потребує поліцентричних систем, де різні інституції взаємодіють і доповнюють одна одну. Ця теза особливо актуальна для соціальної сфери, де переплітаються інтереси та ресурси багатьох стейкхолдерів.

5.1. Концепція соціального партнерства

Концепція соціального партнерства (social partnership) виникла як відповідь на потребу координації зусиль різних секторів суспільства для досягнення спільних цілей. За визначенням Дж. Остіна (Austin, 2000), міжсекторальне партнерство – це добровільна співпраця між організаціями з різних секторів економіки, спрямована на досягнення взаємовигідних цілей та створення соціальної цінності. У контексті соціальної роботи таке партнерство стає необхідною умовою надання комплексних послуг клієнтам, які мають множинні потреби.

Соціальне партнерство *(social partnership)* – це система відносин між різними соціальними суб'єктами (державою, роботодавцями, найманими працівниками, громадськими організаціями), що ґрунтується на узгодженні інтересів, взаємній відповідальності та спільній діяльності для досягнення соціально значущих цілей. У ширшому розумінні соціальне партнерство охоплює будь-яку співпрацю між секторами суспільства для вирішення суспільних проблем (Колот, 2009).

Історично концепція соціального партнерства виникла в контексті трудових відносин у XIX столітті як альтернатива класовій конфронтації. Ідея «соціального миру» була розвинута в працях представників реформістського соціалізму та соціального католицизму. Енцикліка Папи Лева XIII «Rerum Novarum» (1891) заклала основи соціального вчення церкви, що підкреслювало необхідність гармонізації інтересів праці та капіталу (Семигіна, 2018).

У XX столітті соціальне партнерство набуло інституційного оформлення в моделі трипартизму - системи узгодження інтересів уряду, роботодавців та профспілок. Класичними прикладами стали скандинавська модель (Швеція, Норвегія) та німецька модель соціальної ринкової економіки. Міжнародна організація праці (МОП) визначила соціальний діалог як один із ключових механізмів забезпечення гідної праці та соціальної справедливості (ILO, 2013).

Наприкінці XX - на початку XXI століття концепція соціального партнерства зазнала суттєвого розширення. По-перше, до традиційного трипартизму додався громадянський сектор (НУО), що привело до формування «квадрипартизму» (Pestoff, 2012). По-друге, партнерство вийшло за межі трудових відносин і охопило широке коло соціальних питань: охорону здоров'я, освіту, житло, екологію, місцевий розвиток.

Теорія ресурсної залежності *(Resource Dependence Theory)* Дж. Пфеффера та Дж. Саланчика (Pfeffer & Salancik, 1978) пояснює міжорганізаційну співпрацю потребою організацій у ресурсах, які контролюються іншими акторами. Оскільки жодна організація не володіє всіма необхідними ресурсами (фінансовими, людськими, інформаційними, легітимаційними), вона змушена вступати у відносини обміну з іншими. У соціальній сфері це особливо актуально: державні органи мають владні повноваження та бюджетні кошти, НУО - гнучкість та близькість до громад, бізнес - фінансові ресурси та управлінські компетенції.

Теорія трансакційних витрат *(Transaction Cost Economics)* О. Вільямсона (Williamson, 1985) аналізує вибір між ринковими, ієрархічними та гібридними формами координації. Партнерство є гібридною формою, що дозволяє зменшити трансакційні витрати порівняно з чистим ринком (завдяки довірі та довгостроковим відносинам) і водночас зберегти гнучкість порівняно з ієрархією. Однак партнерство також породжує специфічні витрати на координацію, моніторинг та захист від опортуністичної поведінки.

Теорія мереж *(Network Theory)* розглядає партнерство як форму мережевого управління (network governance). К. Прован та П. Кеніс (Provan & Kenis, 2008) виділили три моделі управління мережами: а) учасник-лідер (lead organization) - одна організація координує мережу; б) мережева адміністративна організація (network administrative organization, NAO) – окрема структура для

координації; в) спільне управління (shared governance) – колективне прийняття рішень усіма учасниками. Вибір моделі залежить від довіри між учасниками, кількості членів мережі та консенсусу щодо цілей.

Теорія колективних дій *(Collective Action Theory)* М. Олсона (Olson, 1965) та Е. Остром (Ostrom, 1990) аналізує умови успішної кооперації. Ключові виклики - проблема безбілетника (free-rider problem) та трагедія спільного (tragedy of the commons). Остром довела, що спільноти здатні розробляти ефективні механізми самоуправління без приватизації чи державного контролю, якщо дотримуються певних принципів дизайну інституцій: чіткі межі, відповідність правил місцевим умовам, колективний вибір, моніторинг, градуйовані санкції, механізми вирішення конфліктів.

Дослідження Дж. Брайсона, Б. Кросбі та М. Стоуна (Bryson, Crosby & Stone, 2015) на основі мета-аналізу понад 200 досліджень **виявили ключові фактори успіху міжсекторального партнерства:**

1. Початкові умови *(initial conditions)*: наявність «турбулентного середовища» - складних проблем, які не може вирішити жоден актор окремо; секторна неспроможність (sector failure); попередній досвід співпраці; наявність ресурсів та компетенцій для партнерства.

2. Процеси формування *(process)*: формальні та неформальні угоди; побудова лідерства; підтримка легітимності; вирішення конфліктів; планування.

3. Структура та механізми управління *(structure and governance)*: членство та ролі; конфігурація мережі; механізми координації та підзвітності.

4. Непередбачувані обставини та обмеження *(contingencies and constraints)*: тип партнерства; владна асиметрія; конкуруючі інституційні логіки.

5. Результати та підзвітність *(outcomes and accountabilities)*: безпосередні результати (outputs), кінцеві наслідки (outcomes), системні впливи; багаторівнева підзвітність.

С. Вадок та С. Сміт (Waddock & Smith, 2000) виділили чотири стадії розвитку партнерства:

а) попереднє партнерство (pre-partnership) - усвідомлення проблеми, ініціювання діалогу;

б) формування (partnership formation) - визначення цілей, ролей, очікувань;

в) імплементація (implementation) – реалізація спільних проектів;

г) результати та трансформація (outcomes/transformation) - оцінка досягнень, інституціалізація чи припинення.

Важливим фактором успіху є довіра між партнерами. Р. Волдер та Дж. Ле Бер (Volder & Le Ber, 2010) розрізняють три типи довіри:

– калькулятивна (calculative) - заснована на розрахунку вигод і витрат;

– компетентнісна (competence-based) - заснована на оцінці здатності партнера виконати зобов'язання;

– нормативна (normative) - заснована на спільних цінностях та ідентичності.

Найстійкіші партнерства базуються на поєднанні всіх трьох типів довіри.

В Україні соціальне партнерство має конституційне закріплення. Стаття 36 Конституції гарантує право на об'єднання у профспілки для захисту трудових прав, стаття 46 - право на соціальний захист. Закон України «Про соціальний діалог в Україні» (2010) визначає правові засади організації та порядку ведення соціального діалогу з метою вироблення та реалізації державної соціальної і економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин.

Система соціального діалогу в Україні включає: Національну тристоронню соціально-економічну раду; територіальні тристоронні соціально-економічні ради; галузеві (міжгалузеві) двосторонні соціально-економічні ради. Сторонами соціального діалогу виступають: сторона органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування; сторона профспілок та їх об'єднань; сторона роботодавців та їх організацій.

У сфері соціальних послуг партнерство регулюється Законом «Про соціальні послуги» (2019), який передбачає можливість надання послуг різними надавачами: державними, комунальними, приватними та громадськими організаціями. Стаття 13 Закону встановлює механізм соціального замовлення – закупівлі соціальних послуг у недержавних надавачів за кошти бюджету. Це створює правову основу для державно-приватного та державно-громадського партнерства у соціальній сфері.

Дослідження Лабораторії законодавчих ініціатив (2023) виявило, що основними бар'єрами для розвитку соціального партнерства в Україні є:

недостатнє фінансування механізмів соціального замовлення; складність процедур закупівель; брак довіри між секторами; відсутність системи моніторингу та оцінки ефективності партнерств. Водночас війна 2022 року продемонструвала потенціал міжсекторальної співпраці: координація гуманітарної допомоги, підтримка ВПО, відновлення громад відбуваються за активної участі держави, бізнесу, НУО та міжнародних організацій.

Концепція *welfare mix* (або welfare pluralism) описує систему соціального забезпечення, де послуги надаються комбінацією державного, приватного, громадського секторів та неформальних мереж (сім'я, спільноти). Цю концепцію розвинули Н. Джонсон (Johnson, 1987), Р. Роуз (Rose, 1986) та В. Пестофф (Pestoff, 2014).

В. Пестофф (Pestoff, 2012) запропонував модель ***«трикутника добробуту»*** (welfare triangle), де три вершини представляють: державу (public sector), ринок (for-profit sector) та громадянське суспільство (third sector). Кожен сектор має власну логіку: держава керується принципами рівності та універсальності; ринок - ефективності та прибутку; громадянське суспільство - солідарності та участі. Оптимальний welfare mix залежить від національних традицій, типу послуг та уподобань громадян.

Розвиток welfare mix пов'язаний із критикою як «державного провалу» (government failure), так і «ринкового провалу» (market failure) у соціальній сфері. Державні послуги критикують за бюрократизацію, негнучкість, слабку орієнтацію на клієнта. Ринкові послуги – за виключення малозабезпечених, «знімання вершків» (cream-skimming), недостатню увагу до зовнішніх ефектів. Третій сектор позиціонується як альтернатива, що поєднує переваги обох, хоча має власні обмеження: непрофесіоналізм, нестабільність фінансування, «демократичний дефіцит» (Salamon, 1987).

Державно-приватне партнерство *(Public-Private Partnership, PPP)* – це довгострокова угода між державним та приватним секторами для надання суспільних послуг або інфраструктури, де приватний партнер бере на себе значну частину ризиків та управлінської відповідальності. У соціальній сфері ДПП застосовується в охороні здоров'я, освіті, соціальному житлі, геріатричному догляді (Hodge & Greve, 2017).

Закон України «Про державно-приватне партнерство» (2010) визначає ДПП як співробітництво між державою, територіальними громадами та юридичними особами (крім державних та комунальних підприємств), що здійснюється на основі договору у порядку, встановленому законом. Формами ДПП можуть бути: концесія, управління державним майном, спільна діяльність, змішані підприємства.

Аргументи на користь ДПП у соціальній сфері включають:

– залучення приватних інвестицій при обмежених бюджетних ресурсах;

– підвищення ефективності через конкуренцію та приватний менеджмент;

– трансфер інновацій та технологій; розподіл ризиків.

Критики вказують на: приватизацію прибутків при соціалізації ризиків; високі трансакційні витрати; складність контрактів; проблеми підзвітності; загрозу доступності послуг для вразливих груп (Hodge & Greve, 2017).

Особливою формою ДПП є ***Social Impact Bonds (SIB)*** - інноваційний механізм фінансування соціальних програм, де приватні інвестори фінансують соціальні інтервенції, а держава виплачує винагороду лише у разі досягнення визначених соціальних результатів. Перший SIB було запущено у Великій Британії у 2010 році для зниження рецидивізму серед ув'язнених (Liebman & Sellman, 2013). До 2023 року у світі реалізовано понад 200 проєктів SIB у сферах працевлаштування, освіти, здоров'я, бездомності.

Громадські організації (Civil Society Organizations, CSOs) або ***некомерційні організації (nonprofits)*** відіграють ключову роль у соціальній сфері. За теорією Л. Саламона (Salamon, 1987), третій сектор заповнює простір, не охоплений державою та ринком, завдяки здатності реагувати на специфічні потреби малих груп, мобілізувати волонтерські ресурси та пожертви, експериментувати з інноваційними підходами.

Функції громадських організацій у соціальній роботі включають:

– пряме надання послуг (service delivery);

– адвокацію інтересів вразливих груп (advocacy);

– нарощування спроможності громад (capacity building);

– інноваційну діяльність та пілотування нових підходів;

– моніторинг державної політики та підзвітності.

Дослідження Дж. Кларка (Clarke, 2019) показують, що НУО особливо ефективні в роботі з маргіналізованими групами, яких складно охопити державними програмами.

Концепція копродукції (co-production) описує модель, де користувачі послуг беруть активну участь у їх створенні разом з професіоналами. Термін запровадили Е. Остром та її колеги (Ostrom, 1996) для позначення спільної участі громадян та державних агентств у виробництві публічних благ. Наприклад, підтримка психічного здоров'я може передбачати не лише послуги фахівців, а й групи взаємодопомоги, які ведуть самі користувачі.

В. Пестофф (Pestoff, 2014) розрізняє три рівні копродукції:

а) індивідуальна – користувач бере участь у плануванні та реалізації послуг для себе;

б) групова – група користувачів спільно визначає та надає послуги;

в) колективна – громадяни впливають на політику та управління послугами загалом.

Копродукція сприяє персоналізації послуг, підвищує їх якість та релевантність, а також зміцнює соціальний капітал громад.

Корпоративна соціальна відповідальність *(Corporate Social Responsibility, CSR)* – це концепція, згідно з якою бізнес добровільно бере на себе зобов'язання щодо впливу своєї діяльності на суспільство та довкілля. А. Керолл (Carroll, 1991) запропонував «піраміду CSR», що включає чотири рівні відповідальності: економічну (бути прибутковим), правову (дотримуватися законів), етичну (діяти морально) та філантропічну (бути добрим корпоративним громадянином).

Участь бізнесу в соціальній сфері може набувати *різних форм*:

– благодійність та філантропія (пожертви на соціальні програми);

– корпоративне волонтерство (залучення працівників до волонтерської діяльності);

– стратегічне CSR (інтеграція соціальних цілей у бізнес-стратегію);

– «створення спільної цінності» (shared value) – бізнес-моделі, що одночасно генерують прибуток і вирішують соціальні проблеми (Porter & Kramer, 2011).

Соціальне підприємництво *(social entrepreneurship)* – це підприємницька діяльність, де соціальна місія є пріоритетною над прибутком. За визначенням Дж. Діса (Dees, 1998), соціальні підприємці є агентами змін у соціальному секторі: вони ідентифікують нові можливості для створення соціальної цінності, впроваджують інновації, діють сміливо без огляду на наявні ресурси, демонструють підвищену підзвітність перед громадами, яким служать.

В Україні соціальне підприємництво розвивається з 2010-х років, хоча окремого закону про соціальні підприємства досі немає. Дослідження USAID (2020) ідентифікували понад 1000 соціальних підприємств в Україні, більшість з яких працюють у сферах працевлаштування вразливих груп, освіти, екології. Війна 2022 року стимулювала появу нових соціальних підприємств, орієнтованих на підтримку ВПО, ветеранів та постраждалих громад.

5.2. Волонтерство у системі соціальної роботи

Волонтерство *(volunteering)* – це добровільна, неоплачувана діяльність на користь інших осіб або суспільства загалом. Закон України «Про волонтерську діяльність» (2011) визначає волонтерську діяльність як *добровільну, безкорисливу, соціально спрямовану, неприбуткову діяльність, що здійснюється волонтерами та волонтерськими організаціями шляхом надання волонтерської допомоги*.

Міжнародна практика розрізняє кілька форм волонтерства: формальне (через організації) та неформальне (індивідуальна допомога сусідам, знайомим); регулярне (постійна участь) та епізодичне (разові акції); професійне (використання фахових навичок – pro bono) та загальне; очне (безпосередній контакт) та онлайн (віртуальне волонтерство). Особливою формою є корпоративне волонтерство – участь працівників компаній у волонтерських проєктах за підтримки роботодавця.

Мотивація волонтерів є предметом численних досліджень. Функціональна теорія мотивації (Clary et al., 1998) виділяє шість функцій, які волонтерство виконує для самих волонтерів: ціннісна (вираження альтруїстичних цінностей); соціальна (зміцнення соціальних зв'язків); кар'єрна (набуття досвіду, навичок); захисна (зменшення почуття провини за власний добробут); розвивальна (особистісне зростання); підвищення самооцінки (відчуття потрібності). Ефективне управління волонтерами потребує врахування цих різноманітних мотивів.

Дослідження Р. Патнема (Putnam, 2000) пов'язує волонтерство з концепцією соціального капіталу – мереж довіри та взаємності, що сприяють колективним діям. Волонтерство одночасно є індикатором і генератором соціального капіталу: люди з більшим соціальним капіталом частіше волонтерять, а волонтерство, у свою чергу, зміцнює соціальні зв'язки та довіру.

Правове регулювання волонтерства в Україні здійснюється Законом «Про волонтерську діяльність» (2011, зі змінами). Закон визначає права та обов'язки волонтерів, організаторів волонтерської діяльності, отримувачів допомоги. Волонтери мають право на: отримання інформації про умови діяльності; безпечні умови; відшкодування витрат, пов'язаних з діяльністю; документальне підтвердження волонтерського досвіду.

За даними дослідження благодійного фонду «Заповіт» та GfK Ukraine (2021), до початку повномасштабної війни 12% дорослого населення України мали досвід волонтерства протягом останнього року. Основними сферами волонтерства були: допомога армії та ветеранам; соціальна допомога вразливим групам; екологія; освіта; культура; спорт.

Повномасштабна війна 2022 року кардинально трансформувала волонтерський рух в Україні. За різними оцінками, у перші місяці війни від 25% до 40% українців долучилися до волонтерської діяльності (Український центр суспільних даних, 2022). Основні напрями: гуманітарна допомога ВПО; підтримка армії; евакуація та порятунок; психологічна підтримка; інформаційний спротив. Війна продемонструвала як потужний потенціал громадянського суспільства, так і виклики: вигорання волонтерів, координація між волонтерськими групами та державними структурами, перехід від екстреного реагування до сталих програм.

Ефективне управління волонтерами (volunteer management) передбачає системний підхід до залучення, підготовки, супервізії та утримання волонтерів. С. Маккерлі та С. Лінч (McCurley & Lynch, 2011) виділяють ключові етапи волонтерського циклу:

1. Планування: визначення потреб організації у волонтерах; розробка посадових описів волонтерських позицій; планування ресурсів на координацію.

2. Рекрутинг: визначення цільової аудиторії волонтерів; канали залучення (соціальні мережі, волонтерські платформи, партнерські організації); інформаційні кампанії.

3. Відбір: співбесіди; перевірка рекомендацій; для роботи з вразливими групами – перевірка біографічних даних (background check).

4. Орієнтація та навчання: ознайомлення з організацією, її місією та цінностями; навчання конкретним навичкам; інструктаж з безпеки та етики.

5. Супервізія та підтримка: регулярний зворотний зв'язок; наставництво; вирішення проблем; запобігання вигоранню.

6. Визнання та подяка: формальне (сертифікати, нагороди) та неформальне (подяка, святкування) визнання внеску волонтерів.

7. Оцінка: моніторинг ефективності волонтерської програми; збір зворотного зв'язку від волонтерів та отримувачів послуг.

Важливим аспектом є співвідношення волонтерів та оплачуваного персоналу. Дослідження Дж. Брудні та Дж. Газлі (Brudney & Gazley, 2006) показують, що успішна інтеграція волонтерів потребує: чіткого розмежування ролей; уникнення заміщення оплачуваної праці волонтерською; залучення персоналу до планування волонтерських програм; підготовки персоналу до роботи з волонтерами.

Волонтерство у соціальній роботі пов'язане з низкою ризиків та етичних викликів. По-перше, це ризик завдання шкоди клієнтам через недостатню підготовку волонтерів, порушення конфіденційності, створення залежності замість підтримки самостійності. По-друге, ризики для самих волонтерів: вторинна травматизація при роботі з травмованими клієнтами; емоційне вигорання; фізичні небезпеки (особливо актуально в умовах війни).

Етичний кодекс Міжнародної асоціації зусиль волонтерів (IAVE, 2001) визначає принципи етичної волонтерської практики: повага до гідності та

автономії клієнтів; конфіденційність; компетентність (діяти в межах своїх знань та навичок); недискримінація; відповідальність перед організацією та суспільством.

Особливу увагу потребує феномен «волюнтуризму» (voluntourism) – волонтерських подорожей, коли люди з багатших країн їдуть «допомагати» в менш розвинені регіони. Критики (Guttentag, 2009) вказують на ризики такої практики: задоволення потреб волонтерів, а не громад; заміщення місцевих працівників; закріплення патерналістських стереотипів; нестабільність допомоги. Етичне волонтерство потребує орієнтації на реальні потреби громад, довгострокового залучення, розбудови місцевої спроможності.

5.3. Робота в міждисциплінарних командах

Міждисциплінарна співпраця *(interdisciplinary collaboration)* – це процес, у якому фахівці різних професій спільно працюють для досягнення спільних цілей, інтегруючи свої знання та навички. У соціальній роботі міждисциплінарність є нормою, оскільки клієнти зазвичай мають комплексні потреби, що виходять за межі компетенцій будь-якої окремої професії (Bronstein, 2003).

Важливо розрізняти рівні професійної інтеграції. Д'Амур та колеги (D'Amour et al., 2005) виділяють:

Мультидисциплінарність (multidisciplinary): фахівці різних професій працюють паралельно, але незалежно; кожен виконує свою частину роботи; координація мінімальна; клієнт взаємодіє з кожним фахівцем окремо.

Міждисциплінарність (interdisciplinary): фахівці спільно оцінюють потреби, планують та реалізують інтервенції; регулярні командні зустрічі; спільне прийняття рішень; інтеграція перспектив різних професій.

Трансдисциплінарність (transdisciplinary): найвищий рівень інтеграції; межі між професіями розмиваються; перехресне навчання; один фахівець може виконувати функції інших під їх супервізією.

У соціальній роботі типовими членами міждисциплінарних команд є: соціальні працівники, психологи, медичні працівники (лікарі, медсестри),

юристи, педагоги, фахівці з працевлаштування, представники правоохоронних органів, священнослужителі. Склад команди залежить від потреб цільової групи та сфери роботи.

Дослідження ефективності міждисциплінарних команд демонструють значні переваги такого підходу. Систематичний огляд П. Гударзі та колег (Goodarzi et al., 2021) у сфері охорони здоров'я показав, що командна робота покращує: клінічні результати для пацієнтів; задоволеність клієнтів; координацію допомоги; ефективність використання ресурсів; задоволеність персоналу роботою.

Переваги міждисциплінарних команд у соціальній роботі:

Холістичний підхід: комплексна оцінка потреб клієнта з різних перспектив; уникнення фрагментації послуг.

Кращі рішення: синтез знань та досвіду різних фахівців; зменшення «професійної сліпоти».

Взаємне навчання: обмін знаннями між професіями; розширення компетенцій кожного члена команди.

Підтримка та супервізія: розподіл відповідальності; емоційна підтримка у складних випадках.

Ефективність: уникнення дублювання зусиль; оптимальний розподіл завдань.

Водночас міждисциплінарна співпраця стикається з низкою викликів:

Професійні бар'єри: різна термінологія («вежі Вавилону»); конкуренція за статус; захист професійних кордонів; різні етичні кодекси.

Організаційні виклики: часові та просторові обмеження для командних зустрічей; несумісні інформаційні системи; різне підпорядкування членів команди.

Владні дисбаланси: традиційна домінація медиків у командах; недооцінка внеску соціальних працівників; гендерні та ієрархічні аспекти.

Конфлікти: розбіжності щодо оцінки ситуації та плану дій; міжособистісні конфлікти; конкуренція за ресурси.

5.4. Компетенції для міждисциплінарної співпраці

Міжпрофесійна освітня колаборатива (Interprofessional Education Collaborative, IPEC, 2016) визначила чотири кластери компетенцій для міждисциплінарної практики:

1. Цінності та етика *(Values/Ethics)*: повага до інших професій; орієнтація на інтереси клієнта; етична поведінка в команді; культурна компетентність.

2. Ролі та відповідальності *(Roles/Responsibilities)*: розуміння власної ролі та ролей інших; чітке позиціонування своєї професії; гнучкість у межах професійних кордонів.

3. Міжпрофесійна комунікація *(Interprofessional Communication)*: ефективне спілкування з представниками інших професій; активне слухання; конструктивний зворотний зв'язок; документування.

4. Команди та командна робота *(Teams and Teamwork)*: принципи динаміки груп; лідерство та фолловерство; вирішення конфліктів; спільне прийняття рішень.

Л. Бронштейн (Bronstein, 2003) на основі дослідження соціальних працівників виділила п'ять компонентів ефективної міждисциплінарної співпраці: а) взаємозалежність (interdependence) – покладання одне на одного для досягнення цілей; б) новостворена професійна діяльність (newly created professional activities) – спільні дії, неможливі окремо; в) гнучкість (flexibility) – адаптація ролей до потреб ситуації; г) колективне володіння цілями (collective ownership of goals) – спільна відповідальність за результат; д) рефлексія процесу (reflection on process) – постійне вдосконалення командної роботи.

5.5. Роль соціального працівника у міждисциплінарних командах

Соціальні працівники привносять у міждисциплінарні команди унікальні перспективи та навички. За дослідженнями NASW (National Association of Social Workers), ключові внески соціальних працівників включають:

Системна перспектива: бачення клієнта в контексті його соціального оточення; увага до сім'ї, громади, суспільних факторів; екосистемний підхід.

Фокус на соціальній справедливості: адвокація прав клієнтів; увага до структурних бар'єрів та дискримінації; принцип соціальної інклюзії.

Орієнтація на сильні сторони: виявлення та мобілізація ресурсів клієнта та його оточення; уникнення патологізації та стигматизації.

Навички посередництва: координація послуг; сполучна ланка між клієнтом та системами; вирішення конфліктів.

Етичний компас: акцент на самовизначенні клієнта; конфіденційності; інформованій згоді; захисті вразливих.

Водночас соціальні працівники стикаються з викликами у міждисциплінарному середовищі. Дослідження Дж. Абрамсон та Т. Мізрахі (Abramson & Mizrahi, 1996) показали, що соціальні працівники часто відчувають недооцінку своєї ролі з боку інших професій, особливо медиків. Стратегії підвищення впливу включають: чітку артикуляцію свого професійного внеску; демонстрацію компетентності через результати; побудову коаліцій з союзниками в команді; освіту інших фахівців щодо ролі соціальної роботи.

В умовах війни в Україні роль соціальних працівників у міждисциплінарних командах суттєво зросла. Вони є ключовими учасниками команд кризового реагування, мобільних бригад допомоги постраждалим громадам, мультидисциплінарних команд реабілітації ветеранів. Компетенції міждисциплінарної співпраці стають критично важливими для ефективної роботи в цих контекстах.

Соціальне партнерство та міжсекторальна взаємодія є необхідними умовами ефективної соціальної роботи в сучасних умовах. Жоден окремий сектор – державний, приватний чи громадський – не здатний самостійно забезпечити комплексну відповідь на складні соціальні проблеми. Теоретичні підходи (теорія ресурсної залежності, трансакційних витрат, мереж, колективних дій) обґрунтовують логіку та механізми міжорганізаційної співпраці.

Концепція welfare mix описує сучасну систему соціального забезпечення як комбінацію надавачів з різних секторів. Державно-приватне партнерство дозволяє залучати приватні інвестиції та управлінські компетенції. Громадські організації заповнюють прогалини державних послуг та забезпечують адвокацію інтересів вразливих груп. Копродукція залучає самих користувачів до створення послуг. Корпоративна соціальна відповідальність та соціальне підприємництво розширюють ресурсну базу соціальної сфери.

Волонтерство є потужним ресурсом соціальної роботи, що мобілізує громадянську активність та соціальний капітал. Ефективне управління волонтерами потребує системного підходу: від планування та рекрутингу до навчання, супервізії та визнання. Етичні аспекти волонтерства вимагають уваги до ризиків як для клієнтів, так і для самих волонтерів.

Робота в міждисциплінарних командах є нормою сучасної соціальної роботи. Міждисциплінарність забезпечує холістичний підхід до клієнта, кращі рішення через синтез експертиз, взаємне навчання та підтримку фахівців. Соціальні працівники привносять у команди системну перспективу, фокус на соціальній справедливості, навички координації та етичний компас. Розвиток компетенцій міждисциплінарної співпраці є пріоритетом професійної підготовки.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що таке соціальне партнерство та які ключові суб'єкти беруть у ньому участь?
2. У чому полягає відмінність між «трипартизмом» та «квадрипартизмом» у контексті історичного розвитку партнерства?
3. Порівняйте три моделі управління мережами за К. Прованом та П. Кенісом (учасник-лідер, NAO, спільне управління).
4. Які три типи довіри виділяють Р. Волдер та Дж. Ле Бер, і як вони впливають на стійкість партнерства?
5. Охарактеризуйте концепцію «welfare mix». Які логіки керують державою, ринком та громадянським суспільством у цій моделі?
6. Що таке соціальне замовлення в українському законодавстві та як воно сприяє міжсекторальній співпраці?
7. Які рівні копродукції послуг виділяє В. Пестофф?
8. Чим соціальне підприємництво відрізняється від традиційного бізнесу та чистої благодійності?
9. Назвіть етапи волонтерського циклу в управлінні організацією.
10. Чим відрізняються рівні професійної інтеграції: мультидисциплінарність, міждисциплінарність та трансдисциплінарність?
11. Проаналізуйте, чому жоден окремий сектор (держава, бізнес, громадянське суспільство) не здатний самостійно ефективно вирішувати соціальні проблеми. Які ресурси кожен із них привносить у партнерство?
12. Порівняйте три теоретичні підходи (теорія ресурсної залежності, теорія трансакційних витрат, теорія мереж) у поясненні міжсекторальної взаємодії. У чому їх спільність і відмінності?
13. Проаналізуйте фактори успіху міжсекторального партнерства. Які з них є найбільш критичними в умовах криз (наприклад, війни)?

14. Оцініть переваги та ризики державно-приватного партнерства (PPP) у соціальній сфері. У яких випадках воно є доцільним, а коли — проблемним?

15. Порівняйте роль громадських організацій та держави у системі соціальних послуг. У чому полягає їх взаємодоповнюваність?

16. Проаналізуйте концепцію копродукції. Яким чином залучення клієнтів до створення послуг впливає на їх ефективність та якість?

17. Оцініть роль волонтерства у соціальній роботі в умовах воєнного часу. Які ризики та обмеження супроводжують активне залучення волонтерів?

18. Порівняйте мультидисциплінарний, міждисциплінарний та трансдисциплінарний підходи. Який із них є найбільш ефективним для соціальної роботи і чому?

19. Проаналізуйте основні бар'єри міждисциплінарної співпраці. Які стратегії можуть бути використані для їх подолання?

20. Оцініть роль соціального працівника у міждисциплінарній команді. Які саме компетенції забезпечують його унікальну цінність у командній роботі?

21. Як концепція welfare mix трансформує традиційну модель соціального забезпечення? Проаналізуйте її сильні та слабкі сторони.

22. Які виклики для розвитку соціального партнерства в Україні є системними, а які — ситуативними (наприклад, пов'язаними з війною)?

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Соціальне замовлення в територіальній громаді

Ситуація: Громада має гостру потребу в послугах денного догляду для дітей з інвалідністю, але комунальні заклади переповнені. Місцева влада вирішує застосувати механізм соціального замовлення.

Завдання:

– Розподіліть ролі: «місцева рада», «громадська організація» та «приватний медичний центр».
– Обговоріть бар'єри (фінансування, довіра, процедури) та запропонуйте шляхи їх подолання.

КЕЙС 2. Міждисциплінарна команда у кризовому центрі

Ситуація: У центр звернулася особа, яка постраждала від домашнього насильства. Допомогу мають надати соціальний працівник, юрист та психолог.

Завдання:

– Моделюйте «міждисциплінарну» взаємодію: як відбуватиметься спільна оцінка потреб та прийняття рішень?
– Визначте роль соціального працівника як координатора (посередника) у цій команді.

КЕЙС 3. Соціальні інвестиції бізнесу (CSR)

Ситуація: Велика IT-компанія хоче реалізувати проєкт у межах корпоративної соціальної відповідальності (CSR).

Завдання: Запропонуйте формат проєкту за моделлю «створення спільної цінності» (shared value), що принесе користь і бізнесу, і громаді.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. **Аналіз стейкхолдерів:** Оберіть конкретну соціальну проблему (наприклад, бездомність або соціальна адаптація ветеранів). Складіть таблицю потенційних партнерів із державного, приватного та громадського секторів, зазначивши ресурси, якими володіє кожен суб'єкт (згідно з теорією ресурсної залежності).
2. **Розробка волонтерської позиції:** Створіть посадову інструкцію (опис ролі) для волонтера в соціальній службі, використовуючи принципи етапу планування волонтерського циклу.
3. **Етичний аудит**: Оцініть сценарій волонтерської допомоги на предмет ризиків «волюнтуризму» та порушення етичних принципів (конфіденційність, автономія клієнта).

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи здатен кожен сектор (держава, бізнес, громадянське суспільство) окремо самостійно ефективно вирішувати складні соціальні проблеми?
2. Як змінюється баланс відповідальності між державою та недержавними акторами у сучасній системі соціальних послуг?

3. У яких випадках міжсекторальне партнерство створює додану соціальну цінність, а коли — лише ускладнює процеси?

4. Як теорії (ресурсної залежності, трансакційних витрат, мереж) пояснюють мотивацію до співпраці між різними секторами?

5. Які фактори визначають успішність або провал міжсекторальної взаємодії в умовах криз (зокрема воєнного часу)?

6. Чи є державно-приватне партнерство (PPP) ефективним інструментом у соціальній сфері, чи воно створює ризики комерціалізації послуг?

7. Як концепція копродукції змінює роль отримувача соціальних послуг у системі соціальної роботи?

8. Які бар'єри (організаційні, культурні, ресурсні) найчастіше перешкоджають ефективній взаємодії між секторами?

9. Як міждисциплінарна взаємодія фахівців різних галузей впливає на якість соціальних послуг?

10. Якою має бути роль соціального працівника у побудові та підтримці партнерств між різними секторами?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Abramson, J. S., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. Social Work, 41(3), 270-281.

2. Austin, J. E. (2000). The Collaboration Challenge: How Nonprofits and Businesses Succeed Through Strategic Alliances. Jossey-Bass.

3. Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. Social Work, 48(3), 297-306.

4. Brudney, J. L., & Gazley, B. (2006). Moving ahead or falling behind? Volunteer promotion and data collection. Nonprofit Management and Leadership, 16(3), 259-276.

5. Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. (2015). Designing and implementing cross-sector collaborations: Needed and challenging. Public Administration Review, 75(5), 647-663.

6. Carroll, A. B. (1991). The pyramid of corporate social responsibility. Business Horizons, 34(4), 39-48.

7. Clary, E. G., et al. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. Journal of Personality and Social Psychology, 74(6), 1516-1530.

8. D'Amour, D., et al. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration. Journal of Interprofessional Care, 19(sup1), 116-131.

9. Dees, J. G. (1998). The meaning of social entrepreneurship. Kauffman Center for Entrepreneurial Leadership.

10. Hodge, G. A., & Greve, C. (2017). On public–private partnership performance: A contemporary review. Public Works Management & Policy, 22(1), 55-78.

11. ILO (2013). National Tripartite Social Dialogue: An ILO Guide for Improved Governance. International Labour Organization.

12. IPEC (2016). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice. Interprofessional Education Collaborative.

13. Liebman, J., & Sellman, A. (2013). Social impact bonds: A guide for state and local governments. Harvard Kennedy School.

14. McCurley, S., & Lynch, R. (2011). Volunteer Management (3rd ed.). Energize Inc.

15. Olson, M. (1965). The Logic of Collective Action. Harvard University Press.

16. Ostrom, E. (1990). Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge University Press.

17. Ostrom, E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. World Development, 24(6), 1073-1087.

18. Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector social services in Europe. In V. Pestoff, T. Brandsen, & B. Verschuere (Eds.), New Public Governance, the Third Sector and Co-Production (pp. 13-34). Routledge.

19. Pestoff, V. (2014). Collective action and the sustainability of co-production. Public Management Review, 16(3), 383-401.

20. Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective. Harper & Row.

21. Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2011). Creating shared value. Harvard Business Review, 89(1/2), 62-77.

22. Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of Public Administration Research and Theory, 18(2), 229-252.

23. Putnam, R. D. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon & Schuster.

24. Salamon, L. M. (1987). Of market failure, voluntary failure, and third-party government. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 16(1-2), 29-49.

25. Williamson, O. E. (1985). The Economic Institutions of Capitalism. Free Press.

26. Колот А. М. Соціально-трудові відносини: теорія і практика регулювання. Київ : КНЕУ, 2009. 230 с.

27. Семигіна Т. В. Сучасна соціальна політика: теоретико-методологічні засади. Київ : Академія праці, 2018. 296 с.

28. Закон України «Про волонтерську діяльність» від 19.04.2011 № 3236-VI.

29. Закон України «Про соціальний діалог в Україні» від 23.12.2010 № 2862-VI.

30. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 № 2404-VI.

РОЗДІЛ 6.
СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ГРОМАДИ

Розвиток громади *(community development)* є одним із ключових напрямів сучасної соціальної роботи, що набуває особливої актуальності в умовах децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. На відміну від індивідуальної та групової соціальної роботи, робота з громадою фокусується на колективних процесах змін, мобілізації ресурсів спільноти та побудові спроможності громади самостійно вирішувати свої проблеми.

За визначенням Міжнародної федерації соціальних працівників (IFSW, 2014), соціальна робота на рівні громади спрямована на *соціальні зміни та розвиток, соціальну згуртованість, посилення спроможності та звільнення людей*. Принципи соціальної справедливості, прав людини, колективної відповідальності та поваги до різноманітності є центральними для цього напряму практики. Теоретичну основу становлять екологічна системна теорія, теорія соціального капіталу, критична теорія та підходи, засновані на участі громади (Rothman, 2008; Putnam, 2000; Freire, 1970).

В Україні робота з громадами набула нового імпульсу після реформи децентралізації (2014-2020), яка створила об'єднані територіальні громади з розширеними повноваженнями та ресурсами у сфері соціального захисту. Закон України «Про соціальні послуги» (2019) визначив територіальну громаду як ключового замовника та організатора соціальних послуг на місцевому рівні. Повномасштабна війна 2022 року актуалізувала потребу у технологіях відновлення та розвитку постраждалих громад, підтримки внутрішньо переміщених осіб та побудови резильєнтності спільнот.

Цей розділ присвячений теоретичним засадам та практичним технологіям соціальної роботи з громадами. Розглядаються громадоцентрований підхід як методологічна основа, специфіка соціальної роботи на рівні територіальної громади в українському контексті, а також концепція соціального капіталу як ключового ресурсу розвитку спільнот.

6.1. Громадоцентрований підхід у соціальній роботі

Поняття *«громада» (community)* є багатозначним і дискусійним у соціальних науках. Класичне розрізнення Ф. Тьонніса (Tönnies, 1887) між *Gemeinschaft* (спільнота, побудована на традиційних зв'язках, спільних

цінностях, емоційній близькості) та *Gesellschaft* (суспільство, засноване на раціональних, контрактних відносинах) залишається впливовим для розуміння різних типів соціальних об'єднань.

Сучасні дослідники (Crow & Allan, 1994; Delanty, 2010) виділяють три основні виміри громади: а) територіальний (place-based) – громада як група людей, що проживають на певній території та мають спільну інфраструктуру, послуги, органи управління; б) реляційний (relational) – громада як мережа соціальних зв'язків, взаємодій та відносин, не обов'язково прив'язана до території; в) символічний (symbolic) – громада як спільність ідентичності, цінностей, культури, «уявлена спільнота» за Б. Андерсоном (Anderson, 1983).

У контексті соціальної роботи М. Весселс (Wessells, 2018) визначає громаду як «групу людей, які мають спільне почуття ідентичності та належності, поділяють певні норми та цінності, взаємодіють на регулярній основі та мають спільні інтереси або потреби». Це визначення підкреслює суб'єктивний вимір – відчуття членства та солідарності – поряд з об'єктивними характеристиками спільної території чи діяльності.

Для практики соціальної роботи важливо розуміти, що індивід може належати до множинних громад одночасно: територіальної (село, місто, район), професійної (колеги по роботі), етнічної, релігійної, віртуальної (онлайн-спільноти). Ці громади можуть підтримувати, але й суперечити одна одній. Крім того, громади не є гомогенними – вони включають різні групи інтересів, владні ієрархії, внутрішні конфлікти (Popple, 2015).

Робота з громадами має глибоке історичне коріння. Рух сетлементів (settlement movement) кінця XIX століття, започаткований Дж. Аддамс у Чикаго (Hull House, 1889) та С. Барнеттом у Лондоні (Toynbee Hall, 1884), поєднував надання послуг з соціальними реформами та громадською участю. Працівники сетлементів жили серед бідних громад, вивчали їхні потреби та організовували колективні дії для покращення умов життя (Addams, 1910).

У 1930-1950-х роках С. Алінскі (Alinsky, 1971) розвинув радикальний підхід до організації громад, зосереджений на мобілізації влади знедолених спільнот для протистояння несправедливості. Його методи – виявлення спільних інтересів, побудова коаліцій, використання конфронтаційних тактик – вплинули на рухи за громадянські права та соціальну справедливість.

Паралельно П. Фрейре (Freire, 1970) у Латинській Америці розробив підхід критичної педагогіки та «педагогіки пригноблених», що наголошував на свідомості (conscientização) – процесі усвідомлення людьми причин свого

пригнічення та можливостей для визволення. Ідеї Фрейре стали основою партисипаторних підходів у розвитку громад.

Таблиця 6.1.

Порівняння моделей практики з громадами за Дж. Ротманом

Характеристика	Локальний розвиток (Community Development)	Соціальне планування (Social Planning)	Соціальна дія (Social Action)
Мета	Самодопомога; розвиток спроможності громади; інтеграція різних груп	Вирішення конкретних соціальних проблем через раціональний аналіз та планування	Зміна владних відносин; перерозподіл ресурсів; соціальна справедливість
Базові припущення	Громада здатна до самоорганізації; консенсус можливий; співпраця ефективніша за конфлікт	Проблеми можна вирішити через експертний аналіз; раціональний підхід є оптимальним	Суспільство характеризується нерівністю; влада потребує тиску для змін
Роль практика	Фасилітатор, каталізатор, координатор, навчальник	Експерт, аналітик, планувальник, менеджер програм	Адвокат, організатор, агітатор, брокер
Роль громади	Активні учасники процесу; партнери у визначенні та вирішенні проблем	Споживачі послуг; джерело інформації для планування	Виборці, члени організацій; учасники акцій та кампаній
Стратегія змін	Консенсус; комунікація між групами; групові дискусії; освіта	Збір даних; аналіз; розробка програм; імплементація рішень	Конфлікт; конфронтація; переговори з позиції сили; пряма дія
Тактики	• Громадські збори • Робочі групи • Спільні проєкти • Навчальні програми	• Дослідження потреб • Аналіз даних • Написання програм • Грантові заявки	• Демонстрації • Бойкоти • Петиції • Медіа-кампанії
Приклади застосування	Сусідські ініціативи, громадські сади, культурні заходи, волонтерські програми	Стратегії розвитку, програми соціальних послуг, грантові проєкти	Рухи за права, екологічні протести, кампанії за справедливу оплату
Теоретичні витоки	Рух сетлементів; Дж. Дьюї; теорії розвитку громад	Теорія раціонального вибору; менеджмент; соціальна політика	С. Алінскі; П. Фрейре; теорії конфлікту; марксизм

Дж. Ротман (Rothman, 1968, 2008) запропонував класичну типологію *трьох моделей практики з громадами*:

1. Локальний розвиток *(locality development / community development)*: орієнтований на процес, самодопомогу, широку участь членів громади; працівник виступає фасилітатором та посередником; консенсусний підхід до вирішення проблем; приклади – програми розвитку сіл, громадські центри.

2. Соціальне планування *(social planning / policy)*: орієнтований на завдання, раціональне вирішення проблем; експертний аналіз даних та розробка програм; працівник – експерт-аналітик; приклади – планування соціальних послуг, містобудування.

3. Соціальна дія *(social action)*: орієнтований на перерозподіл влади та ресурсів; організація знедолених груп для відстоювання своїх прав; конфронтаційні тактики; працівник – активіст, організатор; приклади – рухи за громадянські права, кампанії проти бідності.

Сучасні дослідники (Weil et al., 2013) розширили типологію Ротмана, виділивши вісім моделей практики, що відображають різноманітність сучасних підходів: організація сусідства та громади; організація функціональних спільнот; соціальне, економічне та стійке розвиток; інклюзивне програмне планування; коаліційна робота; політична та соціальна дія; рухи за соціальні зміни; адміністративне лідерство та соціальна зміна.

Громадоцентрований підхід *(community-centered approach)* базується на визнанні громади як активного суб'єкта, а не пасивного об'єкта інтервенцій. М. Чамберс (Chambers, 1997) протиставляє *«зовнішній» та «внутрішній» підходи*: традиційний підхід «зверху-вниз» (top-down), де експерти визначають проблеми та рішення, та підхід «знизу-вгору» (bottom-up), де громада сама визначає пріоритети та контролює процеси.

Ключові принципи громадоцентрованого підходу включають:

Участь та активне залучення *(participation)*. Члени громади є не отримувачами послуг, а партнерами у визначенні потреб, плануванні, реалізації та оцінці інтервенцій. Ш. Арнштейн (Arnstein, 1969) запропонувала *«драбину участі громадян»* – від маніпуляції та символічної участі до партнерства, делегованої влади та громадянського контролю.

Визнання сильних сторін та активів *(asset-based approach)*. На противагу дефіцитному підходу, що фокусується на проблемах та потребах, підхід на основі активів (Kretzmann & McKnight, 1993)

Таблиця 6.2.

Драбина участі громадян за Ш. Арнштейн (1969)

Рівень	Щабель	Характеристика	Реальний вплив громадян	Приклади
ГРОМАДЯНСЬКИЙ КОНТРОЛЬ	**8. Громадянський контроль**	Громадяни мають повну владу над прийняттям рішень та управлінням програмами	Повний контроль	Громадські корпорації, кооперативи, самоврядні організації
	7. Делегована влада	Громадяни мають домінуючу владу у прийнятті рішень через переговори з владою	Значний вплив	Громадські ради з правом вето, партнерські угоди
	6. Партнерство	Влада розподіляється через переговори між громадянами та владою	Рівноправна участь	Спільні комітети планування, двосторонні робочі групи
СИМВОЛІЧНА УЧАСТЬ (Tokenism)	**5. Умиротворення**	Громадяни можуть радити, але влада зберігає право остаточного рішення	Обмежений вплив	Дорадчі комітети без реальних повноважень
	4. Консультування	Громадян запитують про думку, але немає гарантії, що її враховуватимуть	Мінімальний вплив	Громадські слухання, опитування, збори
	3. Інформування	Одностороння комунікація від влади до громадян без зворотного зв'язку	Відсутній	Прес-релізи, брошури, вебсайти
НЕ-УЧАСТЬ (Non-participation)	**2. Терапія**	Спроба «вилікувати» громадян замість вирішення реальних проблем	Маніпуляція	Програми «адаптації», психологічні тренінги замість змін
	1. Маніпуляція	Використання громадян для легітимізації рішень, прийнятих без них	Експлуатація	«Гумові» комітети, підставні організації

виявляє та мобілізує наявні ресурси громади: навички мешканців, соціальні мережі, місцеві організації, фізичну інфраструктуру.

Нарощування спроможності *(capacity building)*. Мета роботи – не лише вирішення конкретних проблем, а й посилення здатності громади самостійно діяти в майбутньому. Це включає розвиток лідерства, організаційних навичок, соціальних зв'язків.

Розширення можливостей *(empowerment)*. За Б. Соломон (Solomon, 1976), емпаверменталізм спрямований на подолання безсилля знедолених груп шляхом розвитку їхньої здатності впливати на рішення, що стосуються їхнього життя. На рівні громади це означає колективну дію для зміни владних відносин.

Інклюзивність та соціальна справедливість. Увага до маргіналізованих груп у громаді, забезпечення їхньої участі та голосу; протидія дискримінації та структурній нерівності.

Сталість та довгостроковість. Орієнтація на стійкі зміни, що зберігаються після завершення зовнішньої підтримки; інституціалізація позитивних практик.

Оцінка потреб громади *(community needs assessment)* – систематичний процес збору та аналізу інформації про потреби, ресурси та пріоритети громади. Традиційний підхід використовує статистичні дані, опитування, ключових інформантів. Партисипаторні методи (PRA – Participatory Rural Appraisal, PLA – Participatory Learning and Action) залучають членів громади як співдослідників, використовуючи техніки візуалізації, картування, ранжування (Chambers, 1997).

Картування активів громади *(community asset mapping)* за методологією ABCD (Asset-Based Community Development) Дж. Кретцмана та Дж. Макнайта (1993) фокусується на виявленні: індивідуальних активів (навички, таланти, досвід мешканців); організаційних активів (місцеві асоціації, церкви, клуби); інституційних активів (школи, лікарні, бібліотеки); фізичних активів (земля, будівлі, інфраструктура); економічних активів (місцевий бізнес, ринки).

Організація громади *(community organizing)* – процес мобілізації мешканців для колективної дії. За С. Алінскі (Alinsky, 1971), ключові етапи включають: входження у громаду та побудову довіри; виявлення лідерів та активних мешканців; ідентифікацію спільних проблем («гарячих питань»); планування кампаній та акцій; проведення акцій та переговорів; оцінку результатів та святкування перемог.

Планування на основі участі громади *(participatory community planning)* залучає мешканців до розробки стратегій та планів розвитку. Методи

включають: громадські слухання, візіонування (community visioning), світове кафе (world café), відкритий простір (open space technology), форуми майбутнього (future search). Ці техніки забезпечують структуровану участь великої кількості людей (Bryson, 2018).

Розбудова коаліцій *(coalition building)* – об'єднання різних організацій та груп для досягнення спільних цілей. Ефективні коаліції потребують: чіткого визначення спільних інтересів; структури управління та прийняття рішень; справедливого розподілу ресурсів та визнання; комунікаційних механізмів; стратегії залучення нових членів (Mizrahi & Rosenthal, 2001).

6.2. Соціальна робота на рівні територіальної громади

Реформа децентралізації в Україні (2014-2020) суттєво змінила архітектуру соціальної політики на місцевому рівні. Конституційні зміни та низка законів передали значні повноваження та ресурси з районного рівня на рівень об'єднаних територіальних громад (ОТГ). У соціальній сфері громади отримали відповідальність за: організацію надання соціальних послуг; виявлення осіб, які потребують допомоги; соціальний захист окремих категорій населення; підтримку сімей та дітей (Закон «Про місцеве самоврядування», зі змінами).

Закон України «Про соціальні послуги» (2019) визначив територіальну громаду як ключового гравця у системі соціальних послуг. Громада здійснює: виявлення осіб, які потребують соціальних послуг; оцінку потреб у соціальних послугах; інформування про соціальні послуги; організацію та забезпечення надання соціальних послуг; контроль за якістю соціальних послуг. Для реалізації цих функцій громади зобов'язані створити центр надання соціальних послуг або уповноважити існуючу установу.

Дослідження Швейцарсько-українського проєкту DESPRO (2020) показали неоднорідність готовності громад до виконання нових повноважень у соціальній сфері. Ключові виклики включають: нестачу кваліфікованих кадрів (особливо у сільських громадах); обмежене фінансування; слабку інфраструктуру соціальних послуг; недостатнє розуміння нових ролей серед керівників громад; труднощі з аутсорсингом послуг недержавним надавачам.

Центр надання соціальних послуг *(ЦНСП)* – комунальна установа, що забезпечує організацію надання соціальних послуг у громаді. Типове положення (затверджене постановою КМУ № 485 від 2020) визначає функції ЦНСП: виявлення осіб у складних життєвих обставинах; оцінка потреб у соціальних послугах; ведення обліку отримувачів послуг; координація надання послуг; моніторинг та контроль якості. ЦНСП може безпосередньо надавати базові послуги та/або скеровувати до інших надавачів.

Служба у справах дітей здійснює реалізацію державної політики щодо захисту прав дітей на рівні громади: виявлення дітей у складних життєвих обставинах; розгляд справ про встановлення опіки/піклування; влаштування дітей-сиріт; контроль за умовами утримання та виховання; представництво інтересів дітей.

Мобільні соціальні бригади – інноваційна форма надання послуг у віддалених або важкодоступних населених пунктах. Бригада може включати соціального працівника, психолога, медичну сестру, юриста та виїжджати за графіком у різні села громади. Такий підхід особливо актуальний для великих за територією громад з розпорошеним населенням.

Громадські простори та центри – місця для соціалізації, освітніх програм, культурних заходів, громадських зібрань. Це можуть бути: будинки громади (community centers), бібліотеки як громадські хаби, молодіжні центри, інклюзивно-ресурсні центри, хаби для ВПО. Такі простори виконують інтегративну функцію, сприяючи соціальним зв'язкам та участі (Oldenburg, 1989).

Недержавні надавачі соціальних послуг – громадські організації, благодійні фонди, релігійні організації, приватні підприємства, що надають соціальні послуги на території громади. Закон «Про соціальні послуги» передбачає механізм соціального замовлення – закупівлі послуг у недержавних надавачів за бюджетні кошти. Це створює конкуренцію та різноманіття послуг.

Ефективна соціальна робота в громаді потребує стратегічного підходу. Нормативно-правова база вимагає від громад розробки низки планувальних документів:

Стратегія розвитку територіальної громади – комплексний довгостроковий документ (5-10 років), що визначає бачення, цілі та пріоритети розвитку громади в усіх сферах, включаючи соціальну. Методичні рекомендації

Мінрегіону передбачають участь громадян у розробці стратегій через робочі групи, громадські слухання, опитування.

План соціального та економічного розвитку – щорічний операційний документ, що конкретизує завдання та заходи на поточний період. Включає показники результативності, відповідальних виконавців, джерела фінансування.

Програми соціального захисту – цільові програми для окремих категорій населення або проблем: програма підтримки сімей з дітьми, програма догляду за людьми похилого віку, програма підтримки осіб з інвалідністю, програма інтеграції ВПО тощо.

Процес соціального планування включає етапи: а) аналіз ситуації (демографічні дані, соціально-економічні показники, наявні ресурси та послуги); б) оцінка потреб населення (опитування, консультації, статистика звернень); в) визначення пріоритетів (з урахуванням ресурсних обмежень); г) формулювання цілей та показників; д) розробка заходів та бюджету; е) затвердження (рішення сесії ради); ж) реалізація; з) моніторинг та оцінка; и) коригування.

Дослідження практик соціального планування в українських громадах (Слозанська, 2018) виявили типові проблеми: формальний характер документів без реального впливу на рішення; недостатнє залучення громадян та отримувачів послуг; слабкий зв'язок між стратегіями та бюджетами; відсутність моніторингу та оцінки виконання.

Інтегрована соціальна робота (integrated social work) передбачає координоване надання послуг різними службами та секторами для забезпечення холістичного підходу до потреб клієнтів та громади. Концепція ґрунтується на визнанні того, що соціальні проблеми є взаємопов'язаними і потребують міжвідомчого підходу (Frost & Parton, 2009).

Ключові елементи інтегрованої соціальної роботи в громаді:

Спільна оцінка потреб – використання єдиних інструментів та протоколів оцінки різними службами (соціальними, медичними, освітніми) для уникнення дублювання та формування цілісної картини.

Ведення випадку *(case management)* – призначення відповідального кейс-менеджера, який координує послуги від різних надавачів для конкретного клієнта або сім'ї.

Міждисциплінарні команди – спільна робота фахівців різних професій (соціальні працівники, психологи, медики, юристи) у складі єдиної команди для комплексного супроводу.

Інформаційна інтеграція – обмін даними між службами (за згодою клієнта та з дотриманням конфіденційності) для кращого розуміння потреб та координації дій.

Єдина точка входу *(single point of entry)* – організація доступу до послуг через єдиний центр, який скеровує клієнтів до відповідних служб. Це спрощує навігацію для громадян та забезпечує універсальний скринінг потреб.

В українському контексті прикладом інтеграційних підходів є модель «Соціальний офіс» – єдиний простір, де громадяни можуть отримати інформацію та послуги від різних служб (соціального захисту, зайнятості, пенсійного фонду). Інший приклад – міждисциплінарні команди раннього втручання для сімей з дітьми з порушеннями розвитку.

Повномасштабна війна з 2022 року створила безпрецедентні виклики для соціальної роботи в громадах. Громади стикнулися з масовим переміщенням населення: приймаючі громади приймали ВПО, громади в зонах бойових дій – евакуювали мешканців, деокуповані громади – повертали жителів. За даними МОМ (2023), понад 5 мільйонів українців є внутрішньо переміщеними, що створює навантаження на соціальну інфраструктуру.

Основні напрями соціальної роботи в громадах в умовах війни (табл. 6.3.):

Підтримка внутрішньо переміщених осіб: реєстрація та облік; забезпечення тимчасовим житлом; надання грошової допомоги (виплати ВПО); сприяння працевлаштуванню; психологічна підтримка; інтеграція в громаду.

Робота у деокупованих громадах: оцінка потреб населення; відновлення послуг; психологічна допомога травмованим; робота з дітьми, що пережили окупацію; документування порушень прав людини.

Підтримка сімей військовослужбовців та ветеранів: соціальний супровід; психологічна підтримка; допомога у працевлаштуванні демобілізованих; реабілітація поранених; підтримка сімей загиблих.

Кризове реагування: евакуація з небезпечних зон; організація укриттів та пунктів обігріву; гуманітарна допомога; психологічна перша допомога.

Підвищення резильєнтності громади: розвиток мереж взаємопідтримки; навчання мешканців навичкам кризового реагування; планування відновлення; підтримка соціальної згуртованості.

Таблиця 6.3.

Соціальна робота в громаді в умовах війни: напрями та завдання

Напрям	Цільова група	Ключові завдання	Методи та інструменти
Підтримка ВПО	Внутрішньо переміщені особи	• Реєстрація та первинна допомога • Забезпечення житлом • Сприяння працевлаштуванню • Соціальна інтеграція	• Єдина база ВПО • Гаряча лінія • Ярмарки вакансій • Інтеграційні заходи
Робота з ветеранами	Ветерани, члени їхніх сімей	• Психосоціальна підтримка • Реінтеграція в цивільне життя • Допомога сім'ям • Сприяння у працевлаштуванні	• Групи підтримки • Кейс-менеджмент • Ветеранські хаби • Партнерство з ГО ветеранів
Деокуповані громади	Мешканці деокупованих територій	• Оцінка потреб населення • Відновлення соціальної інфраструктури • Робота з травмою • Документування порушень	• Мобільні бригади • Кризове втручання • Гуманітарна допомога • Координація з військовими
Психосоціальна підтримка	Всі постраждалі категорії	• Перша психологічна допомога • Групова підтримка • Психоедукація • Скерування до спеціалістів	• PFA (перша психологічна допомога) • Групи самодопомоги • Інформаційні кампанії • Телефон довіри
Захист дітей	Діти, постраждалі від війни	• Виявлення та реєстрація • Забезпечення безпеки • Психологічна допомога • Відновлення освіти	• Дружні простори для дітей • Мобільні школи • Арт-терапія • Робота з батьками
Соціальна згуртованість	Приймаючі громади, ВПО	• Профілактика конфліктів • Діалог між групами • Спільні ініціативи • Медіа-грамотність	• Діалогові зустрічі • Спільні проєкти • Інформаційні кампанії • Навчання толерантності
Гуманітарна координація	Всі потребуючі категорії	• Координація допомоги • Логістика • Оцінка потреб • Запобігання дублюванню	• Координаційні штаби • Єдині бази даних • Кластерний підхід • Партнерство з МО

Дослідження Інституту демографії та соціальних досліджень (2023) показали ключову роль соціальних працівників громад у реагуванні на гуманітарну кризу: вони стали сполучною ланкою між потребами населення та різними службами і організаціями, забезпечували координацію допомоги, виявляли найбільш вразливих. Водночас відзначено критичну потребу у підтримці самих соціальних працівників, які працюють в умовах хронічного стресу.

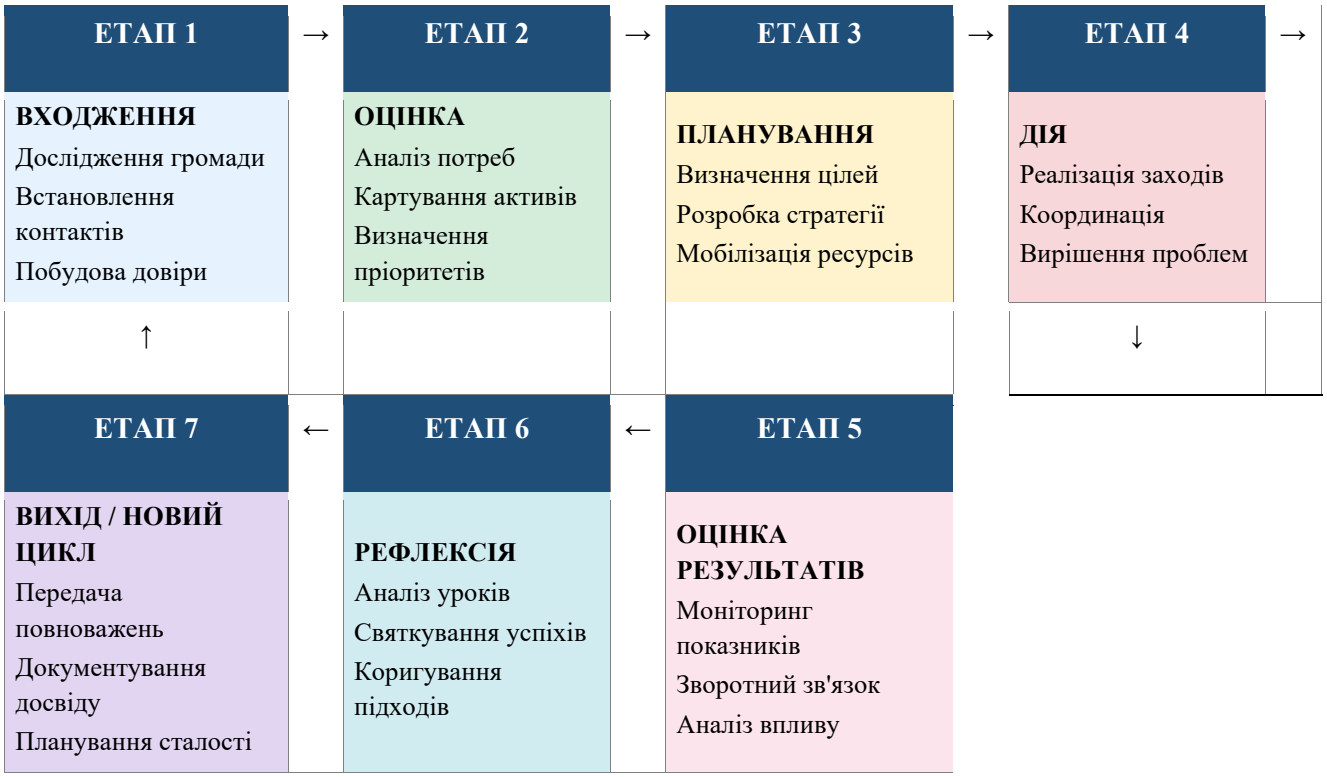

Рис. 6.1. Цикл роботи з громадою

Отже, соціальна робота на рівні територіальної громади в умовах децентралізації постає як комплексна, багаторівнева система діяльності, що поєднує нормативно визначені функції громади, інституційну інфраструктуру та інтегровані підходи до надання послуг, орієнтовані на потреби населення. Ефективність такої роботи залежить від стратегічного планування, міжвідомчої

координації, залучення громадян і розвитку партнерств із недержавними суб’єктами, а також від здатності адаптуватися до кризових викликів, зокрема воєнного часу. Важливу роль відіграють інноваційні моделі, такі як інтегрована соціальна робота, кейс-менеджмент і мобільні форми допомоги, що забезпечують доступність і цілісність підтримки. Водночас ключовими умовами сталого розвитку системи залишаються підвищення кадрового потенціалу, належне ресурсне забезпечення та впровадження ефективних механізмів моніторингу й оцінювання результатів діяльності громади.

6.3. Соціальний капітал та згуртованість громад

Соціальний капітал *(social capital)* – одне з найвпливовіших понять у соціальних науках останніх десятиліть. Воно описує ресурси, вбудовані в соціальні відносини та мережі, які можуть бути мобілізовані для досягнення індивідуальних або колективних цілей. Концепція була розвинута П. Бурдьє (Bourdieu, 1986), Дж. Коулманом (Coleman, 1988) та Р. Патнемом (Putnam, 2000) з різних теоретичних перспектив (табл 6.4.).

П. Бурдьє (1986) визначив ***соціальний капітал*** як *«сукупність реальних або потенційних ресурсів, пов'язаних з володінням стійкою мережею більш-менш інституціоналізованих відносин взаємного знайомства та визнання»*. З цієї перспективи соціальний капітал є індивідуальним ресурсом, що може конвертуватися в економічний капітал та сприяти соціальній мобільності.

Дж. Коулман (1988) розглядав ***соціальний капітал*** як характеристику соціальної структури, що полегшує дії акторів. Він виділив три форми соціального капіталу: зобов'язання та очікування (взаємність); інформаційні канали; соціальні норми з ефективними санкціями. Для Коулмана соціальний капітал є суспільним благом, хоча й побічним продуктом інших соціальних дій.

Р. Патнем (2000) популяризував концепцію через дослідження громадянської участі в США. Він визначив ***соціальний капітал*** як *«характеристики соціальної організації – мережі, норми та соціальну довіру – які сприяють координації та кооперації для взаємної вигоди»*. У книзі «Боулінг наодинці» Патнем документував занепад громадянської участі та асоціативного життя в Америці та його негативні наслідки.

Таблиця 6.4

Типи соціального капіталу

Характеристика	Зв'язуючий (Bonding)	Об'єднуючий (Bridging)	Сполучний (Linking)
Визначення	Зв'язки між подібними людьми (однорідні групи)	Зв'язки між різними людьми (гетерогенні групи)	Вертикальні зв'язки з інституціями влади та ресурсів
Тип зв'язків	Сильні, щільні, емоційні	Слабкі, широкі, інструментальні	Формальні, ієрархічні, інституційні
Функція	«Склей» – підтримка, солідарність, ідентичність	«Міст» – доступ до нової інформації та ресурсів	«Драбина» – доступ до влади та прийняття рішень
Приклади	• Родинні зв'язки • Етнічні громади • Релігійні групи • Близькі друзі	• Професійні асоціації • Спортивні клуби • Волонтерські організації • Громадські рухи	• Зв'язки з депутатами • Контакти з чиновниками • Членство в партіях • Участь у консультаціях
Переваги	• Емоційна підтримка • Взаємодопомога в кризі • Почуття належності • Збереження традицій	• Нові можливості • Інновації та ідеї • Толерантність • Соціальна мобільність	• Доступ до ресурсів • Вплив на політику • Захист прав • Представництво інтересів
Ризики	• Ексклюзивність • Ксенофобія • Обмеження свободи • Ізоляція групи	• Поверховість зв'язків • Нестабільність • Брак довіри • Конкуренція	• Патронаж/клієнтелізм • Корупція • Залежність • Нерівний доступ
Автор концепції	R. Putnam (2000)	R. Putnam (2000)	M. Woolcock (2001)

Дослідники розрізняють різні виміри та типи соціального капіталу (рис.6.2.).

СОЦІАЛЬНИЙ КАПІТАЛ ГРОМАДИ	
СТРУКТУРНИЙ ВИМІР	**КОГНІТИВНИЙ ВИМІР**
• Мережі (формальні та неформальні) • Організації та асоціації • Інституційні зв'язки • Участь у спільній діяльності • Членство в групах	• Довіра (узагальнена та специфічна) • Норми взаємності • Спільні цінності • Почуття належності • Ідентифікація з громадою
Що люди РОБЛЯТЬ разом	**Що люди ВІДЧУВАЮТЬ один до одного**

ТИПИ СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛУ		
BONDING (Зв'язуючий)	**BRIDGING (Об'єднуючий)**	**LINKING (Сполучний)**
Горизонтальні зв'язки між ПОДІБНИМИ людьми	Горизонтальні зв'язки між РІЗНИМИ людьми	Вертикальні зв'язки з ВЛАДОЮ та ресурсами
↓	↓	↓
ПІДТРИМКА в кризі	**МОЖЛИВОСТІ для розвитку**	**ВПЛИВ на рішення**

ОПТИМАЛЬНИЙ БАЛАНС: достатньо bonding для підтримки + достатньо bridging для можливостей + достатньо linking для впливу

Рис. 6.2. Структура соціального капіталу громади

Структурний VS. когнітивний (Uphoff, 2000): структурний соціальний капітал – це об'єктивні мережі, організації, інститути; когнітивний – суб'єктивні норми, цінності, довіра, солідарність.

Зв'язуючий, об'єднуючий та сполучний (Putnam, 2000; Woolcock, 2001): *bonding* (зв'язуючий) – щільні зв'язки між подібними людьми (родина, близькі друзі), дає емоційну підтримку, але може бути ексклюзивним; *bridging* (об'єднуючий) – більш віддалені зв'язки між різними групами, відкриває доступ до нових ресурсів та інформації; *linking* (сполучний) – вертикальні зв'язки з владними структурами, забезпечує доступ до ресурсів та впливу.

Численні дослідження демонструють позитивний зв'язок між соціальним капіталом та різними показниками добробуту на індивідуальному та громадському рівнях.

Здоров'я та благополуччя. Мета-аналіз И. Кавачі та колег (Kawachi et al., 2008) показав, що вищий рівень соціального капіталу асоціюється з кращим фізичним та психічним здоров'ям, нижчою смертністю. Механізми включають: соціальну підтримку, поширення здорових норм поведінки, доступ до ресурсів, колективну дію для покращення умов життя.

Економічний розвиток. Дослідження С. Нака та П. Кіфера (Knack & Keefer, 1997) виявили позитивний зв'язок між довірою та економічним зростанням на рівні країн. На рівні громад соціальний капітал сприяє підприємництву, кооперації, зниженню трансакційних витрат.

Ефективність управління. Класичне дослідження Р. Патнема (Putnam, 1993) в Італії показало, що регіони з вищим рівнем громадянської участі та горизонтальних мереж мають більш ефективні регіональні уряди. Громадяни з вищим соціальним капіталом активніше беруть участь у політичному житті.

Резильєнтність. Дослідження після катастроф (Aldrich, 2012) демонструють, що громади з вищим соціальним капіталом швидше відновлюються після криз. Соціальні мережі мобілізують ресурси, поширюють інформацію, забезпечують взаємодопомогу.

Водночас критики вказують на «темну сторону» соціального капіталу (Portes, 1998): ексклюзія аутсайдерів; надмірні вимоги до членів групи; обмеження індивідуальної свободи; «вирівнювання донизу» (норми, що перешкоджають успіху). Наприклад, щільні зв'язуючі мережі можуть обмежувати соціальну мобільність, підтримувати корупцію або організовану злочинність.

Соціальна згуртованість *(social cohesion)* – концепція, що описує ступінь інтеграції, солідарності та єдності суспільства чи громади. Рада Європи (2004) визначає соціальну згуртованість як *«здатність суспільства забезпечувати добробут усіх своїх членів, мінімізуючи нерівності та уникаючи поляризації»*.

Дослідники виділяють різні виміри соціальної згуртованості. Дж. Чен та колеги (Chan et al., 2006) запропонували двовимірну модель:

1. Об'єктивний вимір: реальні соціальні відносини, участь, мережі – те, що люди роблять.

2. Суб'єктивний вимір: почуття належності, довіра, спільна ідентичність – те, що люди відчувають.

Фонд Бертельсмана (Bertelsmann Stiftung) у проєкті «Радар соціальної згуртованості» виділив дев'ять індикаторів, згрупованих у три виміри:

Соціальні відносини: соціальні мережі, довіра до людей, прийняття різноманітності.

Зв'язок (connectedness): ідентифікація з громадою/країною, довіра до інститутів, сприйняття справедливості.

Фокус на спільне благо: солідарність та готовність допомагати, повага до соціальних правил, громадянська участь.

Соціальна згуртованість не означає однорідності чи відсутності конфліктів. Здорові громади можуть мати конфлікти, але мають механізми їх мирного вирішення. Занадто висока згуртованість може призводити до конформізму та придушення інакшості. Важливий баланс між згуртованістю та різноманітністю, між єдністю та плюралізмом (Beauvais & Jenson, 2002) (табл.6.5.).

Соціальна робота може сприяти нарощуванню соціального капіталу та згуртованості громади через різноманітні інтервенції:

Розвиток місцевих асоціацій та груп. Підтримка створення та функціонування громадських організацій, клубів за інтересами, груп взаємодопомоги, сусідських об'єднань. Ці структури є «інкубаторами» соціального капіталу, де формуються мережі, довіра, норми кооперації.

Організація громадських заходів. Фестивалі, ярмарки, спортивні змагання, культурні події створюють можливості для неформальної взаємодії мешканців, формування «слабких зв'язків» (weak ties), що є основою bridging-капіталу.

Створення громадських просторів. «Треті місця» (Oldenburg, 1989) – публічні простори між домом і роботою (кафе, парки, бібліотеки, громадські центри), де відбувається неформальне спілкування. Соціальні працівники можуть ініціювати та підтримувати такі простори.

Програми міжгрупового контакту. Гіпотеза контакту Г. Олпорта (Allport, 1954) стверджує, що за певних умов (рівний статус, спільні цілі, підтримка влади, потенціал для дружби) контакт між групами зменшує упередження. Соціальні працівники можуть створювати можливості для позитивного контакту між різними групами громади.

Партисипаторне бюджетування. Механізм, що дозволяє мешканцям безпосередньо вирішувати, на що витрачати частину громадського бюджету. Крім практичних результатів, сприяє громадянській активності, взаємодії мешканців, почуттю впливу на рішення (Cabannes, 2004).

Таблиця 6.5.

Виміри соціальної згуртованості

ВИМІР	КОМПОНЕНТИ	ІНДИКАТОРИ	МЕТОДИ ВИМІРЮВАННЯ
СОЦІАЛЬНІ ЗВ'ЯЗКИ	**Соціальні мережі**	Кількість друзів, контактів; частота спілкування; різноманітність мереж	Мережевий аналіз; опитування про контакти
	Довіра до людей	Узагальнена довіра; довіра до сусідів; довіра до незнайомців	Стандартні питання ESS/WVS про довіру
	Прийняття різноманітності	Толерантність до різних груп; готовність до міжгрупових контактів	Шкали соціальної дистанції; питання про сусідство
ЗВ'ЯЗАНІСТЬ	**Ідентифікація**	Почуття належності до громади; ідентифікація з місцем проживання	Питання про прив'язаність до місця; шкали ідентичності
	Довіра до інституцій	Довіра до місцевої влади, поліції, судів, медіа	Стандартні батареї питань про інституційну довіру
	Сприйняття справедливості	Оцінка справедливості розподілу благ; рівність можливостей	Питання про соціальну справедливість; індекси нерівності
ОРІЄНТАЦІЯ НА СПІЛЬНЕ БЛАГО	**Солідарність**	Готовність допомагати іншим; підтримка перерозподілу	Питання про допомогу; шкали солідарності
	Дотримання правил	Повага до законів; виконання громадянських обов'язків	Питання про прийнятність порушень; дані про правопорушення
	Громадянська участь	Волонтерство; участь у виборах; громадська активність	Дані про участь у виборах; членство в організаціях; годин волонтерства

Джерело: адаптовано за Chan, J., To, H. P., & Chan, E. (2006); Bertelsmann Stiftung Social Cohesion Radar.

Діалогові практики. Методи структурованого діалогу (громадські консультації, медіація, відновні практики) допомагають вирішувати конфлікти, будувати взаєморозуміння між різними групами, напрацьовувати спільні рішення.

Волонтерські та взаємодопомогові програми. Організація волонтерства (time banks, сусідська взаємодопомога) одночасно надає практичну допомогу та зміцнює соціальні зв'язки. Це особливо важливо для інтеграції новоприбулих (ВПО, мігранти).

Емпіричні дослідження соціального капіталу в Україні демонструють неоднозначну картину. За даними Європейського соціального дослідження (ESS) та Світового дослідження цінностей (WVS), Україна традиційно характеризується:

Низьким рівнем узагальненої довіри. Лише близько 20-25% українців вважають, що «більшості людей можна довіряти» – це один з найнижчих показників у Європі. Довіра до незнайомців значно нижча, ніж до родини та друзів.

Низькою довірою до інституцій. Особливо низька довіра до уряду, парламенту, судів, поліції. Після 2014 року дещо зросла довіра до армії та волонтерських організацій.

Низьким рівнем громадянської участі. Членство в громадських організаціях та волонтерство традиційно були низькими, хоча ситуація змінилася після Революції Гідності та особливо після 2022 року.

Сильними зв'язуючими мережами. Родинні та дружні зв'язки залишаються важливим ресурсом, але вони можуть обмежувати bridging-капітал та сприяти «кумівству».

Революція Гідності (2013-2014) та подальші події стали каталізатором змін. Дослідження Фонду «Демократичні ініціативи» зафіксували сплеск громадянської активності, зростання волонтерства, посилення горизонтальних зв'язків. Повномасштабна війна 2022 року ще більше мобілізувала громадянське суспільство та посилила почуття національної єдності.

Водночас війна створює і ризики для соціальної згуртованості: потенційна напруженість між ВПО та приймаючими громадами; поляризація щодо політичних питань; травма та її наслідки для міжособистісних відносин; еміграція найбільш активної частини населення. Дослідження соціологічної групи «Рейтинг» (2023) показали, що попри високу національну єдність, є

тенденції до поляризації щодо окремих питань (мова, історична пам'ять, майбутні відносини з Росією).

Завдання соціальної роботи – сприяти підтриманню та зміцненню соціального капіталу в умовах кризи: підтримувати мережі взаємодопомоги, запобігати конфліктам, працювати над інтеграцією різних груп, розвивати громадянську участь. Особливо важливою є робота над «об'єднуючим» (bridging) капіталом, що з'єднує різні групи та запобігає фрагментації суспільства.

Таким чином, соціальні технології розвитку громади є ключовим напрямом сучасної соціальної роботи, що набуває особливої актуальності в українському контексті децентралізації та воєнних викликів. Громадоцентрований підхід визнає громаду активним суб'єктом змін, а не пасивним об'єктом інтервенцій, і базується на принципах участі, розширення можливостей, визнання сильних сторін та нарощування спроможності.

Теоретичний фундамент роботи з громадами включає класичні моделі Ротмана (локальний розвиток, соціальне планування, соціальна дія), підходи Алінскі та Фрейре, сучасні концепції ABCD та партисипаторного розвитку. Технології роботи з громадою охоплюють оцінку потреб, картування активів, організацію громади, партисипаторне планування, розбудову коаліцій.

В Україні реформа децентралізації створила нову архітектуру соціальної роботи на рівні територіальної громади. Громади отримали повноваження та відповідальність за організацію соціальних послуг, що потребує розвитку інституційної спроможності, кадрового потенціалу, інтеграції послуг. Війна актуалізувала потребу в технологіях кризового реагування, підтримки ВПО, відновлення постраждалих громад.

Соціальний капітал та соціальна згуртованість є ключовими ресурсами розвитку громади. Соціальний капітал – мережі, довіра, норми кооперації – сприяє здоров'ю, економічному розвитку, ефективному управлінню, резильєнтності. Соціальна робота може цілеспрямовано нарощувати соціальний капітал через підтримку асоціацій, організацію подій, створення громадських просторів, діалогові практики, волонтерські програми.

Україна характеризується низьким рівнем узагальненої довіри та довіри до інституцій, але сильними неформальними зв'язками та зростаючою громадянською активністю. Війна мобілізувала соціальний капітал для спільної оборони та взаємодопомоги, водночас створюючи ризики для згуртованості.

Завдання соціальної роботи – підтримувати та зміцнювати соціальну тканину громад у цих складних умовах.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 6.1. Громадоцентрований підхід у соціальній роботі

1. Дайте визначення поняття «громада». Які три виміри громади виділяють сучасні дослідники?
2. Поясніть різницю між поняттями Gemeinschaft та Gesellschaft за Ф. Тьоннісом.
3. Що таке рух сетлементів? Яку роль він відіграв у становленні соціальної роботи з громадами?
4. Охарактеризуйте внесок С. Алінскі у розвиток організації громад.
5. Що таке «педагогіка пригноблених» П. Фрейре? Як вона вплинула на соціальну роботу?
6. Назвіть три класичні моделі практики з громадами за Дж. Ротманом.
7. Охарактеризуйте модель локального розвитку (community development).
8. У чому полягає сутність моделі соціального планування?
9. Що характеризує модель соціальної дії (social action)?
10. Назвіть основні принципи громадоцентрованого підходу.
12. Поясніть концепцію «драбини участі громадян» Ш. Арнштейн. Які рівні участі вона виділяє?
13. Розкрийте сутність підходу ABCD (Asset-Based Community Development). Які типи активів громади виділяють?
14. Що таке емпаверментізм (empowerment) у контексті роботи з громадою? Хто розвинув цю концепцію?
15. Охарактеризуйте технологію оцінки потреб громади. Які партисипаторні методи використовуються?
16. Що таке картування активів громади? Яка його мета та етапи?
17. Опишіть етапи організації громади за С. Алінскі.
18. Які методи партисипаторного планування використовуються в роботі з громадою?
19. Що таке розбудова коаліцій? Які фактори забезпечують ефективність коаліцій?

20. Порівняйте підходи «зверху-вниз» та «знизу-вгору» у роботі з громадою.

21. Як співвідносяться принципи участі, нарощування спроможності та сталості у громадоцентрованому підході?

22. Критично проаналізуйте сильні сторони та обмеження кожної з трьох моделей Ротмана.

23. Як можна інтегрувати різні моделі практики з громадами для досягнення комплексних змін?

24. Проаналізуйте етичні дилеми, що виникають у роботі з громадою (конфлікт інтересів, представництво, патерналізм).

25. Як ідеї П. Фрейре можна застосувати для роботи з маргіналізованими громадами в Україні?

26. Оцініть можливості та обмеження підходу ABCD у контексті українських громад.

До теми 6.2. Соціальна робота на рівні територіальної громади

1. Які повноваження у соціальній сфері отримали територіальні громади внаслідок реформи децентралізації?

2. Що таке Центр надання соціальних послуг (ЦНСП)? Які його основні функції?

3. Охарактеризуйте роль служби у справах дітей на рівні громади.

4. Що таке мобільні соціальні бригади? Для яких громад вони особливо актуальні?

5. Що таке механізм соціального замовлення? Як він працює?

6. Які планувальні документи у соціальній сфері розробляє громада?

7. Охарактеризуйте етапи процесу соціального планування в громаді.

8. Що таке інтегрована соціальна робота? Які її ключові елементи?

9. Поясніть концепцію «єдиної точки входу» (single point of entry) для соціальних послуг.

10. Що таке case management (ведення випадку) у контексті роботи в громаді?

11. Проаналізуйте виклики, з якими стикаються громади при виконанні нових повноважень у соціальній сфері.

12. Як забезпечити якість соціальних послуг на рівні територіальної громади?

13. Порівняйте моделі організації соціальних послуг у міських та сільських громадах.

14. Як залучити недержавних надавачів до надання соціальних послуг у громаді?

15. Охарактеризуйте основні напрями соціальної роботи в громаді в умовах війни.

16. Як організувати підтримку внутрішньо переміщених осіб на рівні приймаючої громади?

17. Які особливості соціальної роботи у деокупованих громадах?

18. Як забезпечити інтеграцію послуг різних служб для комплексного супроводу клієнтів?

19. Які інструменти моніторингу та оцінки соціальних програм використовуються на рівні громади?

20. Як залучити громадян до планування та оцінки соціальних послуг?

21. Оцініть результати реформи децентралізації у соціальній сфері: досягнення та невирішені проблеми.

22. Запропонуйте модель інтегрованих соціальних послуг для сільської територіальної громади.

23. Проаналізуйте роль соціальних працівників громад у реагуванні на гуманітарну кризу, спричинену війною.

24. Як розбудувати резильєнтність громади до майбутніх криз?

25. Розробіть концепцію відновлення соціальної інфраструктури постраждалої громади.

До теми 6.3. Соціальний капітал та згуртованість громади

1. Дайте визначення поняття «соціальний капітал». Хто розвинув цю концепцію?

2. Як визначав соціальний капітал П. Бурдьє?

3. У чому полягає підхід Дж. Коулмана до соціального капіталу?

4. Охарактеризуйте концепцію соціального капіталу Р. Патнема.

5. Поясніть різницю між зв'язуючим (bonding), об'єднуючим (bridging) та сполучним (linking) соціальним капіталом.

6. Що таке структурний та когнітивний соціальний капітал?

7. Дайте визначення поняття «соціальна згуртованість». Як її визначає Рада Європи?

8. Які виміри соціальної згуртованості виділяють дослідники?

9. Назвіть основні індикатори соціальної згуртованості за проєктом Bertelsmann Stiftung.

10. Що таке узагальнена довіра? Чому вона важлива для громади?

11. Як соціальний капітал впливає на здоров'я та благополуччя населення?

12. Який зв'язок між соціальним капіталом та економічним розвитком?

13. Як соціальний капітал впливає на резильєнтність громади під час криз?

14. Що таке «темна сторона» соціального капіталу? Наведіть приклади.

15. Які технології соціальної роботи сприяють нарощуванню соціального капіталу?

16. Що таке «треті місця» (third places) за Р. Ольденбургом? Яка їх роль у побудові соціального капіталу?

17. Поясніть гіпотезу контакту Г. Олпорта та її застосування для зміцнення згуртованості.

18. Як партисипаторне бюджетування сприяє розвитку соціального капіталу?

19. Охарактеризуйте стан соціального капіталу в Україні за даними досліджень.

20. Як Революція Гідності та війна вплинули на соціальний капітал в Україні?

21. Критично проаналізуйте концепцію соціального капіталу: можливості та обмеження для соціальної роботи.

22. Як вимірювати соціальний капітал на рівні громади? Запропонуйте методологію.

23. Проаналізуйте ризики для соціальної згуртованості в Україні в умовах війни та способи їх подолання.

24. Як забезпечити баланс між згуртованістю та різноманітністю в громаді?

25. Розробіть стратегію нарощування соціального капіталу для громади, що приймає ВПО.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Аналіз моделей практики з громадами

Мета: поглибити розуміння різних підходів до роботи з громадою.

Завдання: Проаналізуйте три ситуації та визначте, яка модель практики (за Ротманом) найбільш доречна:

Ситуація 1. Мешканці села скаржаться на відсутність дитячого майданчика. Є ініціативна група батьків, готових долучитися до вирішення проблеми.

Ситуація 2. Місцева влада планує розміщення сміттєпереробного заводу поблизу житлового масиву. Мешканці категорично проти.

Ситуація 3. Громада потребує оптимізації мережі соціальних послуг через обмежене фінансування та зростаючі потреби.

Для кожної ситуації:

1) Визначте оптимальну модель практики та обґрунтуйте вибір.

2) Опишіть роль соціального працівника.

3) Запропонуйте конкретні методи та техніки роботи.

4) Визначте очікувані результати та показники успіху.

Обсяг: 3-4 сторінки.

Завдання 2. Картування активів громади

Мета: набути практичних навичок застосування підходу ABCD.

Завдання: Проведіть картування активів обраної громади (свого села/мікрорайону або змодельованої ситуації):

1) Індивідуальні активи: виявіть навички, таланти, досвід мешканців (мінімум 15 прикладів).

2) Організаційні активи: складіть перелік місцевих асоціацій, клубів, громадських організацій.

3) Інституційні активи: опишіть школи, лікарні, бібліотеки та інші установи.

4) Фізичні активи: інфраструктура, будівлі, природні ресурси.

5) Економічні активи: місцевий бізнес, ринки, підприємства.

6) Візуалізуйте результати у вигляді карти активів.

7) Запропонуйте 3 ідеї проєктів, що мобілізують виявлені активи.

Методи збору даних: спостереження, неформальні бесіди, огляд відкритих джерел.

Результат: карта активів + аналітична записка (4-5 сторінок).

Завдання 3. Оцінка потреб громади

Мета: сформувати навички проведення партисипаторної оцінки потреб.

Завдання: Розробіть програму та проведіть міні-дослідження потреб громади:

1) Визначте громаду та обґрунтуйте вибір (територіальна або функціональна).

2) Зберіть вторинні дані: демографія, соціально-економічні показники, статистика звернень.

3) Проведіть 3-5 інтерв'ю з ключовими інформантами (представники влади, НУО, активні мешканці).

4) Організуйте міні фокус-групу або громадські консультації (5-8 учасників).

5) Проаналізуйте результати та визначте пріоритетні потреби.

6) Сформулюйте рекомендації для громади.

Результат: звіт про оцінку потреб (5-7 сторінок) + презентація.

Завдання 4. Аналіз соціального капіталу

Мета: розвинути навички аналізу соціального капіталу громади.

Завдання: Проаналізуйте соціальний капітал обраної громади за такими вимірами:

1) Мережі та асоціації: які громадські організації, клуби, неформальні групи існують?

2) Довіра: оцініть рівень довіри між мешканцями та до місцевих інституцій.

3) Норми взаємодопомоги: які практики сусідської підтримки існують?

4) Громадянська участь: активність на виборах, участь у громадських заходах.

5) Визначте типи соціального капіталу: bonding, bridging, linking.

6) Оцініть сильні сторони та прогалини.

7) Запропонуйте заходи для зміцнення соціального капіталу.

Методи: аналіз документів, спостереження, експрес-опитування (10-15 респондентів).

Обсяг: аналітична записка 4-5 сторінок.

Завдання 5. Планування громадського заходу

Мета: набути навичок організації заходів для зміцнення згуртованості громади.

Завдання: Розробіть детальний план громадського заходу для зміцнення соціальних зв'язків:

1) Визначте формат заходу (фестиваль, ярмарок, спортивні змагання, спільна толока тощо).

2) Сформулюйте мету та очікувані результати.

3) Визначте цільову аудиторію та стратегію залучення різних груп громади.

4) Складіть програму заходу з таймінгом.

5) Визначте необхідні ресурси та бюджет.

6) Опишіть партнерів та їхні ролі.

7) Розробіть план комунікації та просування.

8) Визначте критерії та методи оцінки успішності.

Результат: план заходу (3-4 сторінки) + кошторис + макет інформаційних матеріалів.

Завдання 6. Кейс-стаді: робота з громадою в умовах кризи

Мета: проаналізувати практику соціальної роботи з громадою в кризових умовах.

Завдання: На основі інтерв'ю з практиком або аналізу публічних матеріалів опишіть випадок роботи з громадою під час кризи (війна, пандемія, стихійне лихо):

1) Контекст: характеристика громади, тип кризи, масштаб впливу.

2) Актори: хто був залучений (органи влади, НУО, волонтери, бізнес)?

3) Інтервенції: які заходи було вжито? Як координувалися дії?

4) Виклики: з якими труднощами стикнулися? Як їх долали?

5) Результати: що вдалося досягти?

6) Уроки: які висновки для майбутньої практики?

7) Зв'язок з теорією: які концепції (соціальний капітал, резильєнтність, моделі Ротмана) допомагають зрозуміти цей випадок?

Обсяг: кейс-стаді 5-6 сторінок.

ПРОЄКТНІ ЗАВДАННЯ

Проєктні завдання передбачають тривалішу роботу (4-8 тижнів) та можуть виконуватися індивідуально або в малих групах (2-4 особи).

Проєктне завдання 1. Стратегія розвитку соціальної сфери громади

Мета: розробити комплексний стратегічний документ для реальної або модельної громади.

Етапи виконання:

1. Аналіз ситуації (2 тижні):
- Збір демографічних та соціально-економічних даних
- Аналіз наявних соціальних послуг та інфраструктури
- SWOT-аналіз соціальної сфери громади
- Оцінка потреб населення (опитування, консультації)

2. Визначення пріоритетів (1 тиждень):
- Консультації зі стейкхолдерами
- Ранжування проблем та потреб
- Формулювання бачення та цілей

3. Розробка стратегії (2 тижні):
- Визначення стратегічних напрямів
- Розробка операційних цілей та завдань
- Планування заходів та проєктів
- Визначення показників результативності

4. Фіналізація (1 тиждень):
- Оформлення документа
- Громадське обговорення (презентація)

Результат: Стратегія розвитку соціальної сфери громади (15-20 сторінок) + презентація.

Проєктне завдання 2. Громадська ініціатива

Мета: спланувати та (за можливості) реалізувати реальну громадську ініціативу.

Етапи виконання:

1. Ідентифікація проблеми/можливості:
- Виявлення потреби громади через консультації з мешканцями
- Формування ініціативної групи
2. Планування ініціативи:
- Визначення мети, завдань, очікуваних результатів
- Ідентифікація ресурсів та партнерів
- Розробка плану дій з таймлайном
- Планування комунікації та залучення громади
3. Реалізація (опційно, за наявності можливості):
- Проведення заходів за планом
- Документування процесу (фото, відео, нотатки)
4. Оцінка та рефлексія:
- Аналіз досягнутих результатів
- Уроки та рекомендації

Приклади ініціатив: облаштування громадського простору, сусідська взаємодопомога, інформаційна кампанія, культурний захід, екологічна акція.

Результат: Портфоліо проєкту (план + звіт про реалізацію/моделювання) + рефлексивне есе.

Проєктне завдання 3. Дослідження соціального капіталу громади

Мета: провести емпіричне дослідження соціального капіталу на рівні громади.

Етапи виконання:

1. Підготовка (2 тижні):
- Огляд літератури та методологій вимірювання соціального капіталу
- Розробка інструментарію (анкета, гайд інтерв'ю)
- Визначення вибірки
2. Збір даних (2-3 тижні):
- Проведення опитування (мінімум 30 респондентів)
- Глибинні інтерв'ю (5-7 інформантів)

- Аналіз вторинних даних

3. Аналіз (2 тижні):

- Статистична обробка кількісних даних
- Тематичний аналіз якісних даних
- Інтерпретація результатів

4. Оформлення (1 тиждень):

- Написання звіту
- Підготовка рекомендацій

Результат: Дослідницький звіт (12-15 сторінок) + інфографіка + презентація результатів.

Проєктне завдання 4. Програма інтеграції ВПО в громаді

Мета: розробити комплексну програму соціальної інтеграції внутрішньо переміщених осіб у приймаючій громаді.

Структура програми:

1. Аналіз ситуації:

- Кількість та характеристики ВПО в громаді
- Потреби ВПО (житло, працевлаштування, соціальні послуги, психологічна підтримка)
- Ресурси громади для інтеграції
- Потенційні напруженості та ризики

2. Цілі та завдання програми

3. Компоненти програми:

- Інформаційна підтримка та навігація послугами
- Сприяння працевлаштуванню
- Психосоціальна підтримка
- Заходи соціальної згуртованості (спільні події, діалоги)
- Залучення ВПО до життя громади

4. План реалізації з таймлайном

5. Бюджет та джерела фінансування

6. Моніторинг та оцінка

Результат: Програма інтеграції ВПО (10-15 сторінок) + план комунікації + логічна рамка.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як змінюється роль громади у вирішенні соціальних проблем у порівнянні з традиційною моделлю державної допомоги?
2. Які соціальні технології розвитку громади є найбільш ефективними в умовах сучасних криз (війна, міграція, економічна нестабільність)?
3. Як можна поєднати підхід «згори вниз» (top-down) і «знизу вгору» (bottom-up) у розвитку громади?
4. Чи завжди участь громади у прийнятті рішень є ефективною, чи існують ситуації, коли вона може ускладнювати розвиток?
5. Як соціальний працівник може виступати фасилітатором змін у громаді, а не лише надавачем послуг?
6. Які ризики виникають при впровадженні соціальних інновацій у громадах і як їх можна мінімізувати?
7. Як цифрові технології змінюють механізми залучення громадян до розвитку громади?
8. Як можна оцінити успішність розвитку громади: через економічні показники, рівень участі чи соціальну згуртованість?
9. Яким чином соціальне партнерство впливає на сталий розвиток громади?
10. Як забезпечити включення вразливих груп населення у процеси розвитку громади та уникнути їх маргіналізації?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Громадоцентрований підхід у соціальній роботі

1. Слозанська Г. І. Соціальна робота в територіальних громадах: теорії, моделі та методи : монографія. Тернопіль : Осадца Ю. В., 2018. 240 с.
2. Семигіна Т. В. Робота в громаді: практика й політика. Київ : Пульсари, 2004. 180 с.
3. Безпалько О. В. Соціальна робота в громаді : навч. посіб. Київ : Центр навч. літ., 2005. 176 с.
4. Капська А. Й. Соціальна робота : навч. посіб. Київ : Центр навч. літ., 2005. 328 с.
5. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / за заг. ред. І. Д. Звєрєвої, Г. М. Лактіонової. Київ : Науковий світ, 2003. 233 с.

6. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : Знання, 2008. 574 с.

7. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посіб. 2-ге вид., доп. і випр. Київ : МАУП, 2003. 168 с.

Соціальна робота в громаді та децентралізація

1. Слозанська Г. І. Теорія і практика соціальної роботи в громаді. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2017. 174 с.

2. Слозанська Г. І. Соціальна робота в територіальній громаді: сучасні підходи та технології : навч.-метод. посіб. Тернопіль : Вектор, 2019. 224 с.

3. Попович Г. М. Соціальна робота в Україні і за рубежем : навч.-метод. посіб. Ужгород : Говерла, 2000. 134 с.

4. Децентралізація публічної влади: досвід європейських країн та перспективи України / за заг. ред. О. М. Бориславської. Київ : Софія, 2012. 128 с.

5. Реформування соціальних послуг в Україні: на шляху до європейських стандартів / Мінсоцполітики України. Київ, 2017. 64 с.

6. Соціальна робота в умовах децентралізації: виклики та можливості : зб. матеріалів / за ред. О. Іванової. Київ : НаУКМА, 2019. 156 с.

7. Соціальні послуги на рівні громади : практ. посіб. / за ред. І. Петрової. Київ : Пульсари, 2020. 192 с.

Соціальний капітал та розвиток громади

1. Лесечко М. Д., Сидорчук О. Г. Соціальний капітал: теорія і практика : монографія. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. 220 с.

2. Буко С. Л. Соціальний капітал як чинник економічного розвитку регіону. Економіка та держава. 2009. № 10. С. 68-71.

3. Грішнова О. А., Полив'яна Н. А. Соціальний капітал: сутність, значення, взаємозв'язок з іншими формами капіталу. Україна: аспекти праці. 2009. № 3. С. 19-24.

4. Патнем Р. Д. Творення демократії: Традиції громадянської активності в сучасній Італії / пер. з англ. В. Ющенко. Київ : Основи, 2001. 302 с.

5. Розвиток громад і регіонів України : монографія / за ред. С. О. Білої. Київ : НІСД, 2018. 340 с.

6. Бова А. А. Соціальний капітал в Україні: досвід емпіричного дослідження. Проблеми розвитку соціологічної теорії. 2003. С. 281-286.

7. Головаха Є., Паніна Н. Українське суспільство 1992-2008: соціологічний моніторинг. Київ : Інститут соціології НАНУ, 2008. 85 с.

Громадянське суспільство та участь громадян

1. Паліюк Т. В. Громадянське суспільство: ґенеза та сучасність : монографія. Миколаїв : Іліон, 2019. 168 с.

2. Волонтерство в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / за ред. Т. Лях. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 140 с.

3. Участь громадськості у процесі прийняття рішень на місцевому рівні : посіб. / за ред. В. Купрія. Київ : Ла Страда-Україна, 2012. 64 с.

4. Партисипаторний бюджет: досвід міст України / DESPRO. Київ, 2018. 52 с.

5. Інструменти залучення громадян до участі в місцевому самоврядуванні : практ. посіб. / за ред. Г. Усатенко. Київ : Ленвіт, 2017. 112 с.

Соціальна робота в умовах війни

1. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами : навч.-метод. посіб. / за ред. Т. Семигіної. Київ : Академія праці, 2016. 168 с.

2. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс / ЮНІСЕФ. Київ, 2017. 76 с.

3. Соціальна згуртованість в Україні (досвід міжнародних практик для вирішення проблеми ВПО) : аналіт. записка / за ред. Е. Лібанової. Київ : Інститут демографії НАНУ, 2016. 56 с.

4. Адаптація та інтеграція внутрішньо переміщених осіб у приймаючих громадах : практ. посіб. / МОМ. Київ, 2018. 64 с.

5. Соціальні послуги для постраждалих від конфлікту: виклики та можливості / ОБСЄ. Київ, 2019. 92 с.

6. Кризове втручання у соціальній роботі : навч.-метод. посіб. / за ред. О. Кузьменко. Київ : НПУ ім. М. Драгоманова, 2020. 184 с.

Нормативно-правові акти

1. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII.

2. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 № 280/97-ВР.

3. Закон України «Про співробітництво територіальних громад» від 17.06.2014 № 1508-VII.

4. Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 № 157-VIII.

5. Постанова КМУ «Про затвердження Типового положення про центр надання соціальних послуг» від 03.06.2020 № 485.

6. Постанова КМУ «Про затвердження переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» від 03.06.2020 № 429.

7. Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки, затверджена постановою КМУ від 05.08.2020 № 695.

Зарубіжна література

1. Weil, M. O., Reisch, M., & Ohmer, M. L. (Eds.). (2013). The Handbook of Community Practice (2nd ed.). SAGE.

2. Rothman, J. (2008). Multi modes of community intervention. In J. Rothman, J. L. Erlich, & J. E. Tropman (Eds.), Strategies of Community Intervention (7th ed., pp. 141-170). Eddie Bowers.

3. Putnam, R. D. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon & Schuster.

4. Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets. ACTA Publications.

5. Chambers, R. (1997). Whose Reality Counts? Putting the First Last. Intermediate Technology Publications.

6. Aldrich, D. P. (2012). Building Resilience: Social Capital in Post-Disaster Recovery. University of Chicago Press.

Інтернет-ресурси

1. Децентралізація в Україні: https://decentralization.gov.ua

2. U-LEAD з Європою: https://www.u-lead.org.ua

3. Платформа громадянського суспільства: https://www.civic-platform.org

4. Інститут громадянського суспільства: https://www.csi.org.ua

5. Community Tool Box (University of Kansas): https://ctb.ku.edu

6. ABCD Institute: https://resources.depaul.edu/abcd-institute

РОЗДІЛ 7.
ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

7.1. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи

Соціальна робота як професійна діяльність функціонує в межах правового поля, що визначає її цілі, завдання, методи та межі втручання. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи являє собою систему міжнародних, національних та локальних правових актів, які регулюють відносини у сфері соціального захисту, надання соціальних послуг та забезпечення прав вразливих груп населення. Розуміння правових основ професії є критично важливим для соціальних працівників, оскільки право визначає як можливості, так і обмеження їхньої практичної діяльності (Healy & Thomas, 2021).

Взаємозв'язок соціальної роботи та права має глибоке історичне коріння. Ще на початку XX століття піонери соціальної роботи, зокрема Джейн Аддамс, наголошували на необхідності правових реформ як інструменту соціальних змін (Addams, 1902). У сучасному контексті цей зв'язок набув формалізованого характеру: міжнародні професійні організації визнають права людини фундаментом соціальної роботи, а національні законодавства встановлюють правові рамки для практики (IFSW & IASSW, 2014).

Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи виконує кілька ключових функцій.

По-перше, воно легітимізує професію, визначаючи статус соціального працівника, вимоги до кваліфікації та сфери компетенції.

По-друге, правові норми захищають права клієнтів соціальних служб, встановлюючи стандарти надання послуг та механізми оскарження.

По-третє, законодавство створює інституційну основу для функціонування системи соціального захисту, визначаючи повноваження органів влади, джерела фінансування та форми контролю.

По-четверте, правові акти встановлюють етичні орієнтири професійної діяльності, закріплюючи принципи конфіденційності, інформованої згоди та поваги до гідності клієнта (Banks, 2012).

Міжнародне право прав людини становить фундамент нормативного забезпечення соціальної роботи. Загальна декларація прав людини (1948) заклала основи сучасного розуміння людської гідності та соціальних прав.

Стаття 22 Декларації проголошує право кожної людини на соціальне забезпечення, а стаття 25 визначає право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту людини та її сім'ї (UN, 1948). Ці положення стали відправною точкою для розвитку міжнародного та національного законодавства у сфері соціального захисту.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966) конкретизував зобов'язання держав щодо забезпечення соціальних прав.

Пакт визнає право на соціальне забезпечення, включаючи соціальне страхування (стаття 9), право на достатній життєвий рівень (стаття 11) та право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я (стаття 12).

На відміну від громадянських і політичних прав, соціально-економічні права підлягають прогресивній реалізації відповідно до наявних ресурсів держави, що створює певну гнучкість у їх імплементації (OHCHR, 2008).

Окрім загальних документів, існують спеціалізовані конвенції ООН, що стосуються окремих категорій населення.

Конвенція про права дитини (1989) встановлює комплексну систему захисту прав неповнолітніх, включаючи право на захист від насильства, експлуатації та занедбаності. Конвенція визнає принцип найкращих інтересів дитини як основний критерій прийняття рішень, що безпосередньо впливає на практику соціальної роботи з дітьми та сім'ями (UN, 1989).

Конвенція про права осіб з інвалідністю (2006) закріпила парадигмальний перехід від медичної до соціальної моделі інвалідності, визнавши, що обмеження виникають внаслідок взаємодії між людьми з порушеннями здоров'я та бар'єрами середовища (UN, 2006).

На європейському рівні ключовим документом є Європейська соціальна хартія (1961, переглянута 1996).

Хартія гарантує широкий спектр соціальних та економічних прав, включаючи право на працю, справедливі умови праці, соціальне забезпечення, соціальну та медичну допомогу, а також права вразливих груп - дітей, сімей, осіб з інвалідністю, мігрантів та людей похилого віку. Європейський комітет із соціальних прав здійснює моніторинг дотримання Хартії державами-учасницями через систему звітності та колективних скарг (Council of Europe, 1996). Станом на 2025 рік 43 з 46 держав-членів Ради Європи ратифікували Хартію в тій чи іншій формі, що свідчить про високий рівень консенсусу щодо соціальних прав у Європі.

Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод (1950), хоча й зосереджена переважно на громадянських і політичних правах, також має значення для соціальної роботи.

Європейський суд з прав людини неодноразово розглядав справи, пов'язані із соціальними правами, зокрема щодо права на повагу до приватного та сімейного життя (стаття 8), заборони нелюдського поводження (стаття 3) та права на справедливий судовий розгляд у соціальних справах (стаття 6). Практика Суду сформувала важливі прецеденти щодо стандартів соціальної допомоги та захисту вразливих осіб (ECHR, 2024).

Міжнародна федерація соціальних працівників (IFSW) та Міжнародна асоціація шкіл соціальної роботи (IASSW) спільно розробляють глобальні стандарти та керівні документи професії.

Глобальне визначення соціальної роботи, прийняте у 2014 році, позиціонує професію як таку, що сприяє соціальним змінам та розвитку, соціальній згуртованості, а також розширенню можливостей та звільненню людей. Визначення наголошує, що принципи соціальної справедливості, прав людини, колективної відповідальності та поваги до різноманітності є центральними для соціальної роботи (IFSW & IASSW, 2014).

Глобальна заява про етичні принципи соціальної роботи (2018) встановлює ціннісну основу професії.

Документ визначає дев'ять ключових принципів: визнання притаманної людині гідності; сприяння правам людини; сприяння соціальній справедливості; сприяння праву на самовизначення; сприяння праву на участь; повага до конфіденційності та приватності; ставлення до людей як цілісних істот; етичне використання технологій та соціальних мереж; професійна доброчесність.

Заява наголошує, що етичні принципи застосовуються до всіх контекстів практики соціальної роботи, включаючи цифрові комунікації (IFSW & IASSW, 2018).

Глобальні стандарти освіти та підготовки соціальних працівників, оновлені у 2020 році, визначають вимоги до якісної професійної підготовки.

Стандарти охоплюють такі аспекти: місія та цілі програм соціальної роботи; зміст програм та навчальний план; професійна практика та польове навчання; персонал та студенти; структура, адміністрування та ресурси; культурне та етичне різноманіття; залучення користувачів послуг. Документ підкреслює важливість деколонізації освіти соціальної роботи та врахування місцевих та індигенних знань (Ioakimidis & Sookraj, 2021).

Національні професійні асоціації розробляють власні кодекси етики на основі міжнародних принципів. Кодекс етики Національної асоціації соціальних працівників США (NASW), що регулярно оновлюється з 1960 року, є одним із найбільш розроблених прикладів. Кодекс визначає шість базових цінностей: служіння, соціальна справедливість, гідність і цінність особи, важливість людських стосунків, доброчесність та компетентність. На основі цих цінностей сформульовано детальні етичні стандарти щодо відповідальності перед клієнтами, колегами, роботодавцями, професією та суспільством (NASW, 2021).

Конституція України (1996) визначає Україну як соціальну державу, що є фундаментальною засадою для розвитку системи соціального захисту та соціальної роботи. Стаття 1 Конституції проголошує: «Україна є суверенна і незалежна, демократична, соціальна, правова держава». Принцип соціальної держави означає, що держава бере на себе зобов'язання забезпечувати соціальний захист громадян та створювати умови для гідного життя всіх членів суспільства (Конституція України, 1996).

Стаття 3 Конституції встановлює, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Це положення є конституційною основою для діяльності соціальних працівників, орієнтованої на захист гідності та благополуччя клієнтів.

Ключовою для соціальної роботи є стаття 46 Конституції, яка гарантує право громадян на соціальний захист. Це право включає забезпечення у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від особи обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Конституція встановлює, що пенсії, інші види соціальних виплат та допомог, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму. Конституційний Суд України неодноразово підтверджував, що право на соціальний захист є одним із фундаментальних соціально-економічних прав, звуження якого не допускається (Конституційний Суд України, 2004).

Окремі конституційні положення стосуються захисту вразливих груп населення. Стаття 51 гарантує рівність прав та обов'язків подружжя у шлюбі та сім'ї, а також державну підтримку сім'ї, материнства, батьківства і дитинства. Стаття 52 визначає, що діти рівні у своїх правах незалежно від походження, а утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського

піклування, покладається на державу. Стаття 17 встановлює обов'язок держави забезпечувати соціальний захист військовослужбовців та членів їхніх сімей.

Важливим є положення статті 22, згідно з яким конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані, а при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод. Це положення має особливе значення для сфери соціального захисту, оскільки забороняє законодавчу регресію у соціальних правах. Стаття 9 Конституції визнає чинні міжнародні договори частиною національного законодавства, що забезпечує пряму дію міжнародних стандартів прав людини в Україні.

Таблиця 7.1.

Ієрархія нормативно-правових актів у сфері соціального захисту України

Рівень	Вид акта	Приклади	Характеристика
I	Конституція України	Статті 3, 43, 46, 48, 49, 52, 53	Найвища юридична сила, визначає основні права
II	Міжнародні договори, ратифіковані ВРУ	Конвенція МОП №102, Європейська соціальна хартія, Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю	Частина національного законодавства після ратифікації
III	Кодекси	Бюджетний кодекс, Кодекс законів про працю	Систематизовані законодавчі акти
IV	Закони України	«Про соціальні послуги», «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», «Про державну соціальну допомогу»	Базові акти, що регулюють окремі сфери
V	Укази Президента	Укази про соціальний захист окремих категорій	Оперативне регулювання, виконання законів
VI	Постанови Кабінету Міністрів	Порядки надання послуг, державні стандарти, механізми фінансування	Деталізація законів, процедури реалізації
VII	Накази міністерств	Накази Мінсоцполітики, методичні рекомендації, форми документів	Технічне регулювання, інструкції
VIII	Рішення органів місцевого самоврядування	Місцеві програми соціального захисту, рішення про фінансування	Регулювання на рівні громади

Закон України «Про соціальні послуги» (2019) є базовим нормативним актом, що регулює надання соціальних послуг в Україні. Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг, спрямованих на профілактику складних життєвих обставин, подолання або мінімізацію їх негативних наслідків особам та сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах. Закон набув чинності з 1 січня 2020 року, замінивши попередній Закон 2003 року (Закон України, 2019).

Закон встановлює класифікацію соціальних послуг за трьома напрямами: соціальна профілактика (запобігання виникненню складних життєвих обставин); соціальна підтримка (подолання складних життєвих обставин); соціальне обслуговування (мінімізація наслідків складних життєвих обставин та підтримка життєдіяльності). Також визначено базові та інші соціальні послуги, перелік яких затверджує Кабінет Міністрів України (табл.7.2.).

Принципи надання соціальних послуг, закріплені у Законі, включають:

- людиноцентризм та орієнтацію на найкращі інтереси отримувача;
- індивідуальний підхід та врахування потреб; добровільність та інформовану згоду;
- повагу до гідності та прав;
- конфіденційність;
- доступність та недискримінацію;
- комплексність та безперервність;
- територіальну наближеність;
- прозорість та підзвітність;
- якість та ефективність.

Ці принципи кореспондують із міжнародними етичними стандартами соціальної роботи.

Закон визначає повноваження різних рівнів управління у сфері соціальних послуг. Центральні органи виконавчої влади здійснюють нормативно-правове забезпечення, затверджують стандарти послуг, координують діяльність та проводять моніторинг. Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування забезпечують безпосередню організацію надання послуг, створюють мережу надавачів, проводять оцінку потреб населення та розподіляють ресурси. Закон закріплює мінімальний норматив забезпечення соціальними працівниками: не менше одного фахівця на 1000 осіб міського населення та на 500 осіб сільського населення.

Таблиця 7.2

Види соціальних послуг за Законом України «Про соціальні послуги» (2019)

Вид послуги	Зміст послуги	Цільова група
Догляд вдома	Допомога у самообслуговуванні, приготуванні їжі, придбанні продуктів, ліків, прибиранні житла	Особи похилого віку, особи з інвалідністю, хронічно хворі
Догляд стаціонарний	Цілодобове проживання, харчування, медичний та соціальний догляд у спеціалізованих закладах	Особи, які не можуть самостійно себе обслуговувати
Підтримане проживання	Підтримка у самостійному проживанні у громаді (житло, побут, соціальні зв'язки)	Особи з інвалідністю, випускники інтернатів
Денний догляд	Перебування у денний час, заняття, харчування, реабілітація	Діти з інвалідністю, люди похилого віку, особи з ментальними порушеннями
Соціальна адаптація	Допомога в інтеграції у суспільство, набуття навичок самостійного життя	ВПО, звільнені з місць позбавлення волі, колишні залежні
Соціальна інтеграція та реінтеграція	Відновлення втрачених функцій, соціальних зв'язків, повернення до звичного життя	Ветерани, постраждалі від насильства, бездомні
Соціальний супровід	Комплексна підтримка сім'ї: оцінка потреб, планування, координація послуг, моніторинг	Сім'ї у СЖО, прийомні сім'ї, сім'ї усиновлювачів
Притулок	Тимчасове проживання, харчування, базові послуги	Бездомні, постраждалі від насильства, особи у кризі
Консультування	Надання інформації, порад, допомога у прийнятті рішень	Усі категорії населення
Посередництво (медіація)	Допомога у врегулюванні конфліктів, налагодженні комунікації	Сім'ї у конфлікті, сусідські спори
Представництво інтересів	Захист прав та інтересів особи у державних органах, установах	Особи, які не можуть самостійно представляти свої інтереси
Натуральна допомога	Надання продуктів, одягу, засобів гігієни, технічних засобів	Малозабезпечені, постраждалі від НС
Кризове втручання	Невідкладна допомога у кризових ситуаціях, стабілізація стану	Особи у гострій кризі, постраждалі

Суттєвою новацією Закону є запровадження механізму соціального замовлення для залучення недержавних надавачів соціальних послуг. Держава може замовляти послуги у громадських організацій, благодійних фондів, релігійних організацій та приватних надавачів на конкурсних засадах. Це сприяє розвитку ринку соціальних послуг, підвищенню конкуренції та якості обслуговування. Водночас Закон зберігає провідну роль державних та комунальних надавачів у забезпеченні базових соціальних послуг.

Закон України «Про охорону дитинства» (2001) визначає охорону дитинства як стратегічний загальнонаціональний пріоритет. Закон встановлює основні засади державної політики щодо забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист та всебічний розвиток. Особлива увага приділяється захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Закон гарантує право дитини на захист від усіх форм насильства та експлуатації (Закон України, 2001).

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991, з наступними змінами) визначає основи соціального захисту осіб з інвалідністю та гарантує їм рівні з іншими громадянами можливості для участі в економічному, політичному та соціальному житті. Закон закріплює право на реабілітацію, технічні засоби, доступність середовища, працевлаштування, освіту та соціальні послуги. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю у 2009 році, що зобов'язує приводити національне законодавство у відповідність до її положень (Закон України, 1991).

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005) визначає організаційні, правові та фінансові засади реабілітації. Закон встановлює систему реабілітаційних заходів, включаючи медичну, психологічну, фізичну, професійну та соціальну реабілітацію. Важливим є закріплення індивідуального підходу через розробку індивідуальної програми реабілітації для кожної особи з інвалідністю.

Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000) регулює надання психіатричної допомоги та гарантує права осіб з психічними розладами. Закон визначає принцип добровільності як основу надання психіатричної допомоги та встановлює суворі умови для примусової госпіталізації. Права пацієнтів психіатричних закладів включають право на повагу до гідності, конфіденційність, інформовану згоду, зв'язок із зовнішнім світом та судовий

захист. Концепція розвитку системи психічного здоров'я в Україні до 2030 року передбачає деінституціоналізацію та розвиток громадських служб психічного здоров'я (Закон України, 2000; КМУ, 2017).

Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» (1993) встановлює гарантії для людей похилого віку. Закон визначає право на соціальне обслуговування, матеріальну допомогу, пільги та компенсації. Закон України «Про паліативну допомогу» (2022) визначає організаційно-правові засади надання паліативної допомоги та закріплює право осіб з невиліковними прогресуючими захворюваннями на полегшення страждань та збереження гідності (Закон України, 2022).

Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2017) встановлює правові та організаційні засади протидії домашньому насильству, захисту прав постраждалих осіб та відповідальності кривдників. Закон визначає види домашнього насильства (фізичне, сексуальне, психологічне, економічне), повноваження суб'єктів протидії та заходи захисту постраждалих, включаючи терміновий заборонний та обмежувальний приписи. Закон України «Про протидію торгівлі людьми» (2011) встановлює організаційно-правові засади протидії торгівлі людьми та захисту прав постраждалих осіб (Закон України, 2017).

Кабінет Міністрів України затверджує підзаконні нормативні акти, що конкретизують положення законів у сфері соціального захисту.

Постанови уряду визначають порядок надання окремих видів соціальних послуг, критерії оцінки потреб, механізми фінансування та контролю якості. Типові положення про соціальні установи та служби встановлюють вимоги до їх діяльності, структури, штатного розпису та матеріально-технічного забезпечення.

Державні стандарти соціальних послуг, що затверджуються Міністерством соціальної політики України, визначають зміст, обсяг, умови та порядок надання кожного виду соціальних послуг.

Стандарти встановлюють мінімальні вимоги до якості послуг, кваліфікації персоналу, матеріальної бази та документування. Наявність затверджених стандартів є обов'язковою умовою для включення надавача до Реєстру надавачів соціальних послуг. Станом на 2025 рік затверджено стандарти для більшості базових та найбільш поширених соціальних послуг.

Особливе значення мають методичні рекомендації та інструкції, що розробляються центральними органами виконавчої влади. Ці документи

надають практичні роз'яснення щодо застосування законодавства, алгоритми дій соціальних працівників у типових ситуаціях, форми документів та інструменти оцінки. Хоча методичні рекомендації не мають обов'язкової юридичної сили, вони формують професійні стандарти практики та використовуються як орієнтири при оцінці якості роботи.

Органи місцевого самоврядування приймають локальні нормативні акти у сфері соціального захисту в межах своїх повноважень.

Місцеві програми соціальної підтримки населення визначають пріоритети, заходи та обсяги фінансування соціальних послуг на відповідній території. Рішення про створення комунальних установ соціального захисту, затвердження їх статутів та штатних розписів приймаються місцевими радами. Децентралізація, що відбувається в Україні з 2014 року, суттєво розширила повноваження громад у сфері соціального захисту.

Правовий статус соціального працівника в Україні визначається комплексом нормативних актів. Закон «Про соціальні послуги» встановлює загальні вимоги до працівників, які надають соціальні послуги. Соціальним працівником може бути особа, яка має відповідну освіту та/або кваліфікацію і надає соціальні послуги. Закон розрізняє соціальних менеджерів (які здійснюють управління на рівні громади) та фахівців із соціальної роботи (які безпосередньо надають послуги).

Класифікатор професій України (ДК 003:2010) включає низку професій у сфері соціальної роботи: соціальний працівник, фахівець із соціальної роботи, фахівець із соціальної допомоги вдома, соціальний педагог, практичний психолог та інші. Для кожної професії розроблено кваліфікаційні характеристики, що визначають завдання та обов'язки, кваліфікаційні вимоги та вимоги до освіти.

Стандарти вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» визначають компетентності, якими має володіти випускник освітньої програми. Стандарти розроблено для бакалаврського та магістерського рівнів відповідно до Національної рамки кваліфікацій та з урахуванням Глобальних стандартів освіти та підготовки соціальних працівників IASSW та IFSW. Акредитація освітніх програм забезпечує відповідність підготовки фахівців встановленим вимогам.

Трудові відносини соціальних працівників регулюються загальним трудовим законодавством, зокрема Кодексом законів про працю України. Працівники державних та комунальних закладів соціального захисту мають

статус публічних службовців і підпадають під дію відповідного законодавства. Система оплати праці, умови роботи, соціальні гарантії та відповідальність соціальних працівників визначаються трудовими договорами, колективними угодами та галузевими нормативними актами.

Питання професійної відповідальності соціальних працівників регулюються загальними нормами цивільного, адміністративного та кримінального права. Соціальний працівник може нести відповідальність за порушення прав клієнтів, недотримання стандартів послуг, розголошення конфіденційної інформації або заподіяння шкоди внаслідок неналежного виконання обов'язків. Етичні порушення можуть стати підставою для дисциплінарних стягнень або звільнення. На відміну від деяких країн, в Україні відсутня обов'язкова система ліцензування соціальних працівників, хоча дискусії щодо її запровадження тривають.

Закон «Про соціальні послуги» закріплює широкий перелік прав отримувачів соціальних послуг. До них належать: право на вибір закладу, установи, організації, що надає соціальні послуги; право на отримання повної та достовірної інформації про послуги; право на повагу до честі, гідності, прав і свобод; право на конфіденційність інформації; право на участь у прийнятті рішень; право на відмову від послуг; право на оскарження рішень та дій надавачів.

Принцип інформованої згоди є фундаментальним у соціальній роботі. Клієнт має отримати повну та зрозумілу інформацію про характер, мету, очікувані результати та можливі ризики втручання, а також про альтернативні варіанти. На основі цієї інформації клієнт добровільно приймає рішення про отримання або відмову від послуг. Для неповнолітніх та недієздатних осіб згоду надають законні представники, проте думка самої особи має враховуватися відповідно до її віку та стану.

Право на конфіденційність захищає інформацію, отриману соціальним працівником у процесі надання послуг. Загальне правило забороняє розголошення персональних даних клієнта без його згоди. Водночас законодавство встановлює винятки: інформація може бути розкрита за рішенням суду, у випадках загрози життю або здоров'ю клієнта чи третіх осіб, а також у випадках, передбачених законом (зокрема, обов'язкове повідомлення про насильство над дитиною). Баланс між конфіденційністю та іншими обов'язками є постійним викликом для практики соціальної роботи (Reamer, 2018).

Механізми захисту прав отримувачів включають можливість оскарження рішень надавачів послуг до вищестоящих органів, звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (омбудсмена), судовий захист. Закон передбачає створення системи моніторингу та оцінки якості соціальних послуг із залученням представників громадськості. Особливий захист гарантується вразливим категоріям: дітям, особам з інвалідністю, особам похилого віку, особам з психічними розладами.

Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи в Україні продовжує розвиватися, реагуючи на нові виклики та потреби суспільства. Повномасштабне російське вторіння з 2022 року створило безпрецедентні гуманітарні потреби: мільйони внутрішньо переміщених осіб, ветерани та постраждалі від війни, діти, розлучені з сім'ями, руйнування соціальної інфраструктури.

Законодавство оперативно адаптується до цих умов, зокрема через спрощення процедур надання соціальних послуг ВПО, розширення безоплатного доступу до послуг постраждалим від бойових дій, створення нових видів послуг для ветеранів та членів їхніх сімей.

Курс України на європейську інтеграцію вимагає приведення національного законодавства у відповідність до стандартів ЄС у сфері соціального захисту. Це включає імплементацію Європейського стовпа соціальних прав, забезпечення мобільності соціальних прав, розвиток стандартів якості послуг та механізмів їх забезпечення. Угода про асоціацію з ЄС містить зобов'язання щодо соціальної політики, трудових прав та недискримінації, виконання яких потребує законодавчих змін.

Цифровізація соціальних послуг створює нові можливості та виклики. Електронні реєстри, дистанційне надання консультацій, цифрові платформи для координації послуг підвищують ефективність та доступність. Водночас виникають питання захисту персональних даних, цифрового розриву та забезпечення доступу для осіб з обмеженими цифровими навичками. Глобальна заява про етичні принципи IFSW та IASSW (2018) визнає етичне використання технологій окремим принципом, що підкреслює актуальність цього питання для професії.

Дискусії щодо професіоналізації соціальної роботи в Україні включають питання обов'язкового ліцензування або сертифікації соціальних працівників, створення професійної саморегулівної організації, розвитку системи безперервного професійного розвитку. Досвід інших країн свідчить, що такі

механізми сприяють підвищенню якості послуг та захисту прав клієнтів, проте їх запровадження потребує ретельного обговорення та врахування національного контексту.

Підсумовуючи, нормативно-правове забезпечення соціальної роботи формує правові рамки, в яких функціонує професія. Від міжнародних стандартів прав людини до локальних актів органів місцевого самоврядування – ця багаторівнева система визначає права та обов'язки всіх учасників відносин у сфері соціального захисту. Соціальний працівник має знати та розуміти правові основи своєї діяльності, щоб ефективно захищати права клієнтів та діяти в межах закону. Розвиток законодавства є неперервним процесом, що відображає зміни в суспільстві та еволюцію розуміння соціальних прав і соціальної справедливості.

7.2. Соціальне забезпечення та соціальне страхування

Соціальне забезпечення та соціальне страхування є двома ключовими механізмами системи соціального захисту населення. Хоча ці терміни часто використовуються як синоніми, вони позначають різні за своєю природою, джерелами фінансування та принципами функціонування інституції. Розуміння відмінностей між ними є важливим для соціальних працівників, які здійснюють посередництво між клієнтами та системою соціального захисту, допомагаючи їм реалізувати свої права на матеріальну підтримку (Baldock et al., 2012).

Соціальний захист у широкому розумінні охоплює всі заходи, спрямовані на запобігання, зменшення та подолання економічних і соціальних ризиків, які загрожують добробуту населення. Міжнародна організація праці (МОП) визначає соціальний захист як систему заходів, що забезпечують доступ до медичної допомоги та гарантують дохідну безпеку, особливо у випадках старості, безробіття, хвороби, інвалідності, виробничої травми, материнства або втрати годувальника (ILO, 2017). Світовий банк розглядає соціальний захист через призму управління соціальними ризиками, виокремлюючи стратегії запобігання, пом'якшення та подолання ризиків (World Bank, 2012).

Система соціального захисту традиційно включає три основні компоненти:

– *соціальне страхування* (contributory schemes),

– *соціальну допомогу* (non-contributory, means-tested programs)
– *універсальні трансферти*.

Соціальне страхування базується на принципі внесків: працівники та роботодавці сплачують страхові внески до спеціальних фондів, з яких виплачуються допомоги при настанні страхових випадків.

Соціальна допомога фінансується з загальних податкових надходжень і надається на основі перевірки доходів (means test) особам, які не мають достатніх коштів для задоволення базових потреб.

Універсальні трансферти надаються всім членам визначеної категорії населення незалежно від їхніх доходів чи внесків (Gough & Wood, 2004).

Порівняльний аналіз систем соціального захисту різних країн став предметом численних досліджень у соціальній політиці (табл. 7.3).

Найбільш впливовою залишається типологія Ґости Еспінг-Андерсена, представлена в роботі «Три світи капіталізму добробуту» (1990).

На основі показників декомодифікації (ступінь, до якого соціальні права дозволяють громадянам підтримувати прийнятний рівень життя незалежно від участі на ринку праці) та стратифікації (вплив соціальної політики на соціальну нерівність) Еспінг-Андерсен виокремив три типи режимів добробуту: *ліберальний, консервативно-корпоративістський та соціал-демократичний* (Esping-Andersen, 1990).

Ліберальний режим, характерний для англомовних країн (США, Велика Британія, Канада, Австралія), базується на пріоритеті ринкових механізмів. Державне втручання обмежене наданням мінімальної допомоги найбіднішим верствам населення на основі перевірки доходів. Соціальне страхування охоплює переважно базові ризики, а рівень виплат є відносно низьким. Цей режим характеризується низьким рівнем декомодифікації та посилює дуалізм між тими, хто може покладатися на ринок, і тими, хто залежить від державної допомоги (Bambra, 2006).

Консервативно-корпоративістський режим, поширений у континентальній Європі (Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія), ґрунтується на принципі соціального страхування, пов'язаного із зайнятістю. Права на соціальні виплати визначаються трудовою історією та статусом зайнятості особи. Цей режим зберігає статусні відмінності між різними професійними групами та традиційно покладається на сім'ю як основний інститут соціальної підтримки. Принцип субсидіарності передбачає, що держава втручається лише

тоді, коли сім'я та ринок не справляються з виконанням своїх функцій (Arts & Gelissen, 2002).

Таблиця 7.3.

Порівняння моделей держави добробуту за Г. Еспінг-Андерсеном

Характеристика	Ліберальна модель	Консервативна модель	Соціал-демократична модель
Типові країни	США, Велика Британія, Канада, Австралія, Ірландія	Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Італія	Швеція, Норвегія, Данія, Фінляндія
Роль держави	Мінімальна; держава втручається лише у крайніх випадках	Помірна; держава підтримує традиційні інститути (сім'я, церква)	Максимальна; держава – головний гарант добробуту
Роль ринку	Домінуюча; більшість послуг надається ринком	Обмежена; ринок доповнює державу та сім'ю	Мінімальна; ринок – другорядний постачальник
Роль сім'ї	Центральна; сім'я несе основну відповідальність	Ключова; підтримка традиційної сім'ї	Мінімальна; держава звільняє сім'ю від тягаря
Рівень декомодифікації	Низький; залежність від ринку праці	Помірний; пов'язаний з трудовою біографією	Високий; соціальні права незалежно від ринку
Принцип надання виплат	Адресний (means-tested); лише для бідних	Страховий; пов'язаний з внесками	Універсальний; для всіх громадян
Рівень виплат	Низький; лише базові потреби	Середній-високий; збереження статусу	Високий; підтримка рівного рівня життя
Соціальна стратифікація	Дуалізм: бідні vs середній клас	Збереження статусних відмінностей	Егалітаризм; зменшення нерівності
Витрати на соціальний захист (% ВВП)	15-20%	25-30%	28-35%
Рівень бідності	Відносно високий (12-18%)	Помірний (8-12%)	Низький (5-8%)

Соціал-демократичний режим, характерний для скандинавських країн (Швеція, Данія, Норвегія, Фінляндія), відзначається універсальністю соціальних програм та високим рівнем декомодифікації. Соціальні права гарантуються на

основі громадянства, а не трудової участі. Держава бере на себе широку відповідальність за надання соціальних послуг, включаючи догляд за дітьми та людьми похилого віку. Цей режим забезпечує найвищий рівень рівності та сприяє активній участі жінок на ринку праці (Korpi & Palme, 1998).

Пізніші дослідження розширили типологію Еспінг-Андерсена. Мауріціо Феррера (1996) обґрунтував виокремлення південноєвропейського (середземноморського) режиму, характерного для Італії, Іспанії, Португалії та Греції, який відзначається фрагментованістю соціального страхування, розвиненою системою сімейної підтримки та високим рівнем клієнтелізму. Для постсоціалістичних країн Центральної та Східної Європи характерний перехідний режим, що поєднує елементи різних моделей та перебуває у процесі трансформації (Cerami & Vanhuysse, 2009).

Конвенція МОП про мінімальні норми соціального забезпечення (№ 102, 1952) є базовим міжнародним документом, що встановлює мінімальні стандарти соціального захисту. Конвенція охоплює дев'ять галузей соціального забезпечення: медичну допомогу, допомогу у зв'язку з хворобою, допомогу по безробіттю, допомогу по старості, допомогу у зв'язку з трудовим каліцтвом, сімейну допомогу, допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, допомогу по інвалідності та допомогу у зв'язку із втратою годувальника. Для кожної галузі Конвенція визначає мінімальний обсяг охоплення населення та мінімальний рівень виплат (ILO, 1952).

Конвенція № 102 закріплює ключові принципи організації соціального забезпечення: колективне фінансування через внески або оподаткування; участь застрахованих осіб та роботодавців в управлінні системою; періодична актуарна оцінка фінансової стійкості; гарантування визначеного рівня виплат. Станом на 2025 рік Конвенцію ратифікували 67 держав, і МОП проводить глобальну кампанію для досягнення 70 ратифікацій до 2026 року. Україна поки що не ратифікувала Конвенцію № 102, хоча національне законодавство значною мірою відповідає її вимогам (ILO, 2024).

Рекомендація МОП про мінімальні рівні соціального захисту (№ 202, 2012) розвиває положення Конвенції № 102 у напрямі універсалізації соціального захисту. Рекомендація закликає держави встановлювати національно визначені мінімальні рівні соціального захисту (social protection floors), які гарантують принаймні базовий дохідний захист для всіх, хто його

потребує, та доступ до базової медичної допомоги. Концепція мінімальних рівнів соціального захисту визнана Генеральною Асамблеєю ООН як частина Цілей сталого розвитку (ЦСР 1.3) (ILO, 2012).

Європейський кодекс соціального забезпечення Ради Європи (1964, переглянутий 1990) встановлює стандарти, що перевищують мінімальні норми Конвенції № 102. Кодекс є обов'язковим для країн, що його ратифікували, і контролюється Комітетом експертів. Європейський Союз розвиває координацію систем соціального забезпечення держав-членів через регламенти, що гарантують збереження набутих прав при переміщенні між країнами та запобігають подвійному оподаткуванню або подвійним виплатам.

Соціальне страхування є формою обов'язкового колективного страхування від соціальних ризиків, що забезпечує захист доходів працівників та їхніх сімей при настанні визначених страхових випадків.

На відміну від комерційного страхування, соціальне страхування не має на меті отримання прибутку та базується на принципах солідарності – перерозподілу коштів від тих, хто працює, до тих, хто втратив працездатність або роботу; від здорових до хворих; від молодих до літніх (Barr, 2012).

Ключовими принципами соціального страхування є: обов'язковість участі для визначених категорій осіб; фінансування за рахунок страхових внесків працівників та/або роботодавців; право на виплати, набуте внаслідок сплати внесків (earned right); відсутність перевірки доходів при призначенні виплат; визначеність умов та розмірів виплат у законодавстві; управління за участю представників застрахованих осіб та роботодавців (трипартизм). Ці принципи забезпечують легітимність системи та підтримку з боку платників внесків (Bonoli, 2003).

Історично соціальне страхування започатковане у Німеччині за канцлера Отто фон Бісмарка в 1880-х роках. Закони про страхування від хвороби (1883), від нещасних випадків на виробництві (1884) та про страхування по інвалідності та старості (1889) створили модель, яка поширилася по всій Європі. Бісмаркіанська модель характеризується обов'язковістю участі працівників, фінансуванням за рахунок внесків роботодавців і працівників, управлінням через самоврядні фонди та зв'язком розміру виплат із попередніми заробітками (Palier, 2010).

Альтернативою бісмаркіанській моделі є беверіджіанська модель, названа на честь британського економіста Вільяма Беверіджа, автора звіту «Соціальне страхування та союзні служби» (1942). Ця модель передбачає універсальне охоплення всіх громадян, фінансування переважно з загальних податків, надання плоских (однакових для всіх) виплат на рівні, достатньому для запобігання бідності. Більшість сучасних систем соціального страхування поєднують елементи обох моделей (Bonoli, 1997).

Соціальне страхування охоплює кілька основних напрямів: пенсійне страхування (захист від ризику старості, інвалідності, втрати годувальника); страхування від безробіття; страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (хвороба, вагітність та пологи); медичне страхування. У різних країнах ці напрями можуть бути об'єднані в єдину систему або функціонувати як окремі програми з різними джерелами фінансування та умовами участі.

Соціальна допомога (social assistance) - це некомпенсаторні програми підтримки доходів, що фінансуються з загальних податкових надходжень і надаються особам та сім'ям з низькими доходами. На відміну від соціального страхування, право на соціальну допомогу не залежить від попередніх внесків, а визначається на основі перевірки матеріального стану (means test). Соціальна допомога виконує функцію «останньої мережі безпеки» (safety net of last resort) для тих, хто не охоплений страховими програмами або вичерпав право на страхові виплати (Gough et al., 1997).

Перевірка матеріального стану (means test) включає оцінку доходів та, у деяких випадках, майна заявника та членів його домогосподарства. Якщо сукупний дохід є нижчим за встановлений поріг (зазвичай прожитковий мінімум або певний його відсоток), особа або сім'я отримує право на допомогу. Розмір допомоги, як правило, визначається як різниця між порогом та наявним доходом. Критики вказують на стигматизуючий характер перевірки доходів, високі адміністративні витрати та створення «пасток бідності», коли збільшення заробітку призводить до втрати допомоги (Titmuss, 1968).

Програми соціальної допомоги включають: грошову допомогу малозабезпеченим сім'ям та одиноким особам; допомогу на оплату житла та комунальних послуг (субсидії); продовольчу допомогу (талони на продукти, безкоштовне харчування); допомогу на дітей для сімей з низькими доходами;

соціальні пенсії для осіб, які не набули права на страхову пенсію. Світовий банк виділяє кілька категорій програм соціальної допомоги: безумовні грошові трансферти, умовні грошові трансферти, програми громадських робіт, звільнення від оплати послуг (World Bank, 2018).

Умовні грошові трансферти (conditional cash transfers, CCT) набули поширення з 1990-х років, особливо в країнах Латинської Америки. Ці програми надають грошову допомогу бідним сім'ям за умови виконання певних вимог, зазвичай пов'язаних із відвідуванням дітьми школи та медичних закладів. Прикладами є програми Bolsa Família у Бразилії та Oportunidades у Мексиці. Дослідження показують, що CCT сприяють зменшенню бідності та покращенню показників здоров'я та освіти, хоча існують дискусії щодо етичності обумовленості допомоги (Fiszbein & Schady, 2009).

Таблиця 7.4

Система загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні

Вид страхування	Страхові випадки	Виплати	Фонд / орган управління	Правова основа
Пенсійне страхування	• Досягнення пенсійного віку • Інвалідність • Втрата годувальника	• Пенсія за віком • Пенсія по інвалідності • Пенсія у зв'язку з втратою годувальника	Пенсійний фонд України	Закон №1058-IV від 09.07.2003
Страхування на випадок безробіття	• Втрата роботи • Часткове безробіття	• Допомога по безробіттю • Допомога на поховання • Профнавчання	Державна служба зайнятості, Фонд соціального страхування	Закон №1533-III від 02.03.2000
Страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності	• Хвороба • Вагітність та пологи • Догляд за дитиною • Поховання	• Лікарняні • Допомога по вагітності • Допомога на поховання	Фонд соціального страхування України	Закон №1105-XIV від 23.09.1999
Страхування від нещасного випадку на виробництві	• Нещасний випадок • Професійне захворювання	• Відшкодування шкоди • Допомога по інвалідності • Реабілітація	Фонд соціального страхування України	Закон №1105-XIV від 23.09.1999

Правову основу системи соціального страхування України становлять Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (1998) та спеціальні закони про окремі види страхування. Стаття 46 Конституції України гарантує право громадян на соціальний захист, включаючи право на забезпечення у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від особи обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом.

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування в Україні включає:

– пенсійне страхування;
– страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;
– страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання;
– страхування на випадок безробіття.

Медичне страхування, передбачене Основами, станом на 2025 рік залишається нереформованим і функціонує переважно як бюджетне фінансування медичної допомоги. З 2011 року замість окремих внесків до чотирьох соціальних фондів запроваджено єдиний соціальний внесок (ЄСВ), що спростило адміністрування.

Пенсійна система України базується на Законі «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» (2003) і має передбачати трирівневу структуру: перший рівень - солідарна система, що функціонує на засадах перерозподілу коштів між поколіннями; другий рівень - накопичувальна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, яка передбачає накопичення частини внесків на індивідуальних рахунках; третій рівень - недержавне пенсійне забезпечення на добровільних засадах. Станом на 2025 рік другий рівень не запроваджено, хоча уряд анонсує його введення у 2026 році (Мінсоцполітики, 2025).

Солідарна пенсійна система забезпечує виплату пенсій за віком, по інвалідності та у зв'язку з втратою годувальника. Право на пенсію за віком мають особи, які досягли пенсійного віку (60 років для чоловіків, 60 років для жінок з поступовим підвищенням) та мають необхідний страховий стаж (від 15 до 35 років залежно від року виходу на пенсію). Розмір пенсії залежить від тривалості страхового стажу та величини заробітку, з якого сплачувалися внески. Мінімальний розмір пенсії не може бути нижчим за прожитковий

мінімум для осіб, які втратили працездатність. Пенсійний фонд України адмініструє солідарну систему.

Страхування на випадок безробіття регулюється Законом «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» (2000). Застрахованими є особи, які працюють на умовах трудового договору та за яких сплачується ЄСВ. При настанні безробіття застрахована особа має право на допомогу по безробіттю, розмір якої залежить від страхового стажу та попереднього заробітку. Крім грошових виплат, система забезпечує профорієнтацію, професійне навчання та сприяння працевлаштуванню. Державна служба зайнятості та її регіональні центри здійснюють реєстрацію безробітних та призначення виплат.

Таблиця 7.5

Трирівнева пенсійна система України

Рівень	Назва	Принцип функціонування	Фінансування	Статус в Україні
I рівень	Солідарна система	Pay-as-you-go: внески працюючих фінансують пенсії поточних пенсіонерів	Єдиний соціальний внесок (22% від зарплати)	Діє з 2004 р. Основа пенсійної системи
II рівень	Накопичувальна система (обов'язкова)	Частина внесків накопичується на індивідуальному рахунку, інвестується	2-7% від зарплати (плановано)	НЕ ДІЄ. Запровадження відкладено через дефіцит ПФУ
III рівень	Добровільне пенсійне страхування	Добровільні внески до НПФ, страхових компаній, банків	Добровільні внески працівника/роботодавця	Діє з 2004 р. Охоплення низьке (~2%)

Страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності забезпечує виплату допомоги по тимчасовій непрацездатності (лікарняних), допомоги по вагітності та пологах, допомоги на поховання. Фонд соціального страхування

України (створений шляхом об'єднання фондів з тимчасової непрацездатності та від нещасних випадків) здійснює фінансування цих виплат.

Таблиця 7.6.

Основні види державної соціальної допомоги в Україні

Вид допомоги	Умови призначення	Розмір (орієнтовно)	Перевірка доходів	Правова основа
Допомога малозабезпеченим сім'ям	Середньомісячний дохід сім'ї нижчий за прожитковий мінімум	Різниця між ПМ та доходом сім'ї	Так (means test)	Закон №1768-III
Допомога при народженні дитини	Народження дитини, незалежно від доходу	41 280 грн (10 320 одноразово + 860 щомісяця 36 міс.)	Ні	Закон №2811-XII
Допомога на дітей одиноким матерям	Батько не визнав дитину / мати не одружена / вдова	Різниця між 100% ПМ на дитину та середнім доходом	Так	Закон №2811-XII
Допомога на дітей під опікою	Встановлення опіки над дитиною	2 ПМ на дитину відповідного віку	Ні	Закон №2811-XII
Допомога особам з інвалідністю з дитинства	Встановлена інвалідність з дитинства	100-200% ПМ для непрацездатних залежно від групи	Ні	Закон №2109-XII
Допомога на догляд	Догляд за інвалідом I групи або особою 80+ років	40-50% ПМ для непрацездатних	Так (особа, що доглядає, не повинна працювати)	Закон №2109-XII
Житлова субсидія	Витрати на ЖКП перевищують 15% доходу сім'ї	Різниця між фактичними витратами та 15% доходу	Так	ПКМ №848
Допомога ВПО	Статус внутрішньо переміщеної особи	3000 грн на працездатного, 2000 грн на непрацездатного (базові)	Так (для продовження)	ПКМ №505

Страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання забезпечує відшкодування шкоди, заподіяної працівникові ушкодженням здоров'я, включаючи одноразові виплати, щомісячні страхові виплати та оплату додаткових витрат на лікування і реабілітацію.

Система соціальної допомоги в Україні включає численні програми підтримки доходів, що фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям, регламентована однойменним Законом (2000) та Порядком Кабінету Міністрів (2003), є основною програмою адресної підтримки бідних домогосподарств.

Допомога призначається сім'ям, середньомісячний сукупний дохід яких є нижчим від прожиткового мінімуму, на підставі перевірки доходів та майна. Розмір допомоги визначається як різниця між прожитковим мінімумом для сім'ї та її сукупним доходом, але не може перевищувати 75% прожиткового мінімуму.

Житлова субсидія на оплату житлово-комунальних послуг є важливим елементом соціальної підтримки домогосподарств з низькими доходами. Субсидія покриває різницю між фактичною вартістю комунальних послуг у межах соціальних нормативів та обов'язковою часткою витрат домогосподарства, що визначається залежно від доходу. Програма субсидій набула особливого значення після підвищення тарифів на енергоносії з 2015 року та охоплює мільйони домогосподарств. Призначення субсидій здійснюється органами соціального захисту населення, а з 2019 року - також через електронні сервіси.

Державна допомога сім'ям з дітьми включає кілька видів виплат: допомогу при народженні дитини; допомогу на дітей одиноким матерям; допомогу на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях; тимчасову державну допомогу дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів. Допомога при народженні дитини є універсальною (не залежить від доходу) і становить значну суму, що виплачується частинами протягом трьох років. Інші види допомоги на дітей є адресними та призначаються на основі перевірки доходів.

З липня 2025 року в Україні запроваджено експериментальний проєкт базової *соціальної допомоги*, який об'єднує декілька існуючих видів допомоги в єдину виплату. Проєкт спрямований на спрощення адміністрування, зменшення

фрагментації системи та підвищення ефективності підтримки малозабезпечених сімей. Базова соціальна допомога призначається сім'ям, які вже є отримувачами допомоги малозабезпеченим сім'ям, допомоги на дітей одиноким матерям, допомоги багатодітним сім'ям або тимчасової допомоги дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів (КМУ, 2025).

Окремі категорії населення мають право на специфічні види соціальної підтримки. Особи з інвалідністю отримують державну соціальну допомогу відповідно до групи інвалідності, пільги на проїзд, оплату комунальних послуг, забезпечення технічними засобами реабілітації. Ветерани війни та учасники бойових дій мають право на низку пільг та виплат, обсяг яких суттєво розширено в умовах воєнного стану. Внутрішньо переміщені особи отримують допомогу на проживання та одноразові виплати. Постраждалі від війни - компенсації за зруйноване житло та майно.

Система соціального забезпечення та страхування України стикається з низкою структурних викликів.

Демографічна криза - старіння населення та від'ємний природний приріст - створює дедалі більше навантаження на солідарну пенсійну систему. Співвідношення працюючих до пенсіонерів погіршується, що загрожує фінансовій стійкості Пенсійного фонду. Значна частина зайнятих працює у неформальному секторі економіки, не сплачуючи внесків до системи соціального страхування, що звужує базу фінансування та позбавляє цих працівників права на страхові виплати (Лібанова, 2020).

Повномасштабне російське вторгнення з 2022 року створило безпрецедентні виклики для системи соціального захисту. Мільйони внутрішньо переміщених осіб потребують підтримки з проживанням, працевлаштуванням та доступом до соціальних послуг. Значна частина населення втратила житло, майно, джерела доходу. Ветерани війни, особи з інвалідністю внаслідок поранень, сім'ї загиблих потребують комплексної підтримки. Руйнування інфраструктури та економічний спад зменшують надходження до бюджету та соціальних фондів.

Система соціального захисту адаптується через спрощення процедур, розширення охоплення та введення нових видів допомоги.

Пенсійна реформа залишається пріоритетом соціальної політики. Запровадження обов'язкової накопичувальної системи (другого рівня) обговорюється понад два десятиліття, але відкладається через економічну нестабільність та відсутність розвиненого фінансового ринку.

Накопичувальна система потенційно може диверсифікувати ризики, підвищити розмір пенсій та сприяти розвитку внутрішніх інвестицій. Водночас перехід потребує значних коштів для покриття дефіциту солідарної системи в перехідний період та надійних механізмів захисту накопичень від інфляції та фінансових криз.

Реформування системи соціальної допомоги спрямоване на підвищення адресності, зменшення фрагментації та посилення стимулів до працевлаштування.

Численні види допомоги з різними критеріями відбору та адміністративними процедурами створюють складнощі як для отримувачів, так і для адміністраторів. Експериментальний проєкт базової соціальної допомоги є кроком до уніфікації системи. Дискутується запровадження універсального базового доходу або негативного прибуткового податку як альтернативи традиційним адресним програмам, хоча їх фіскальна вартість залишається предметом дискусій.

Інтеграція України до Європейського Союзу потребує гармонізації системи соціального забезпечення з європейськими стандартами. Це включає ратифікацію Конвенції МОП № 102, імплементацію положень Європейського стовпа соціальних прав, забезпечення координації систем соціального страхування для громадян, які працюють у країнах ЄС. Угода про асоціацію з ЄС містить зобов'язання щодо поступового наближення до європейських стандартів соціального захисту. Євроінтеграція є і викликом, і можливістю для модернізації системи соціального забезпечення України.

Соціальні працівники відіграють важливу роль у функціонуванні системи соціального забезпечення та страхування. Вони виступають посередниками між клієнтами та бюрократичними структурами, допомагаючи людям орієнтуватися у складній системі програм та процедур. Інформаційно-консультаційна робота включає роз'яснення прав на соціальні виплати, допомогу в оформленні документів, супровід при зверненнях до органів соціального захисту. Особливо

важливою є ця функція для вразливих груп: людей з інвалідністю, літніх людей, осіб з психічними розладами, мігрантів (Spicker, 2014).

Соціальна робота як професія базується на розумінні того, що матеріальна бідність є лише одним із вимірів соціального виключення. Соціальні працівники оцінюють комплексні потреби клієнтів, включаючи не лише фінансове становище, але й стан здоров'я, житлові умови, сімейні стосунки, соціальні зв'язки, психологічне благополуччя. На основі такої оцінки формується індивідуальний план, який може включати як матеріальну допомогу, так і соціальні послуги, психологічну підтримку, сприяння працевлаштуванню, розвиток навичок (Dominelli, 2004).

Адвокація - захист прав та інтересів клієнтів - є важливою функцією соціальної роботи у сфері соціального забезпечення. Соціальні працівники оскаржують несправедливі рішення про відмову у допомозі, сприяють зміні правил та процедур, що створюють бар'єри для отримувачів допомоги. На макрорівні соціальна робота бере участь у формуванні соціальної політики, досліджуючи потреби та проблеми вразливих груп, пропонуючи напрями реформ, представляючи інтереси клієнтів у політичному процесі. Принцип соціальної справедливості, що є одним із базових для професії, вимагає боротьби проти бідності та нерівності (IFSW & IASSW, 2014).

Підсумовуючи, соціальне забезпечення та соціальне страхування є взаємодоповнюючими компонентами системи соціального захисту, що забезпечують матеріальну підтримку населення при настанні соціальних ризиків.

Соціальне страхування базується на принципі внесків і захищає працюючих та їхні сім'ї, тоді як соціальна допомога фінансується з бюджету та адресована найбіднішим верствам населення.

Ефективна система соціального захисту поєднує обидва механізми, забезпечуючи як превентивний захист від ризиків, так і допомогу тим, хто опинився у скрутних обставинах.

Соціальні працівники є важливими агентами реалізації соціальної політики, допомагаючи людям отримати належну їм підтримку та сприяючи вдосконаленню системи в цілому.

7.3. Економіка соціальної сфери

Економіка соціальної сфери є міждисциплінарною галуззю знань, що застосовує економічні теорії та методи для аналізу виробництва, розподілу та споживання соціальних благ і послуг. Ця галузь досліджує, як обмежені ресурси суспільства можуть бути найефективніше використані для задоволення соціальних потреб населення, включаючи охорону здоров'я, освіту, соціальний захист, житлово-комунальні послуги та інші сфери, що забезпечують добробут громадян (Barr, 2012). Для соціальних працівників розуміння економічних аспектів соціальної сфери є важливим для обґрунтування необхідності соціальних програм, оцінки їх ефективності та адвокації за належне фінансування.

Предметом економіки соціальної сфери є економічні відносини, що виникають у процесі виробництва, фінансування та надання соціальних послуг. На відміну від комерційних товарів та послуг, соціальні послуги мають специфічні характеристики, що ускладнюють застосування традиційних ринкових механізмів: їхня цінність важко піддається грошовій оцінці; результати часто проявляються у довгостроковій перспективі; споживачі нерідко не можуть адекватно оцінити якість послуг; існують значні зовнішні ефекти (екстерналії), що впливають на суспільство в цілому (Le Grand et al., 2008).

Методологія економіки соціальної сфери поєднує підходи з кількох економічних дисциплін.

Економіка добробуту (welfare economics) досліджує умови досягнення оптимального розподілу ресурсів з точки зору суспільного добробуту, використовуючи критерій Парето-ефективності та функції суспільного добробуту.

Економіка суспільного сектора (public economics) аналізує роль держави у виробництві та фінансуванні благ, що не можуть бути ефективно надані ринком. Економіка праці (labor economics) вивчає ринки праці соціальних працівників та інших фахівців соціальної сфери.

Поведінкова економіка (behavioral economics) досліджує, як психологічні фактори впливають на рішення споживачів та надавачів соціальних послуг (Stiglitz & Rosengard, 2015).

Таблиця 7.7

Методи економічної оцінки соціальних програм

Метод	Вимірювання витрат	Вимірювання результатів	Показник ефективності	Застосування
Аналіз витрат і вигод (CBA)	Грошова оцінка всіх витрат	Грошова оцінка всіх вигод (монетизація)	Чиста приведена вартість (NPV); співвідношення B/C	Освітні програми, охорона здоров'я, інфраструктура
Аналіз витрат і ефективності (CEA)	Грошова оцінка витрат	Натуральні одиниці (збережені життя, випадки захворювань)	Вартість на одиницю результату	Медичні втручання, профілактичні програми
Аналіз витрат і корисності (CUA)	Грошова оцінка витрат	Роки якісного життя (QALY), роки без інвалідності (DALY)	Вартість на QALY	Охорона здоров'я, реабілітація
Соціальна віддача на інвестиції (SROI)	Грошова оцінка інвестицій	Монетизована соціальна цінність (за участю стейкхолдерів)	Співвідношення соціальної цінності до інвестицій (напр., 3:1)	Соціальні підприємства, благодійні проєкти, громадські ініціативи
Гранична цінність державних коштів (MVPF)	Чисті витрати уряду	Готовність платити отримувачів	Співвідношення вигод до чистих витрат уряду	Порівняння державних програм (освіта, трансферти)

Ринкова неспроможність (market failure) є центральним концептом для обґрунтування державного втручання у соціальну сферу.

Згідно з неокласичною економічною теорією, конкурентні ринки за певних умов забезпечують Парето-ефективний розподіл ресурсів - стан, за якого неможливо покращити становище одного індивіда без погіршення становища іншого. Однак коли ці умови порушуються, виникає ринкова неспроможність - ситуація, за якої вільний ринок не забезпечує оптимального з суспільної точки зору розподілу благ.

Теорія ринкової неспроможності, сформульована у працях Артура Пігу, Пола Самуельсона та Френсіса Батора, стала теоретичним фундаментом для державної соціальної політики (Bator, 1958).

Таблиця 7.8.

Типи ринкової неспроможності та їх прояви у соціальній сфері

Тип ринкової неспроможності	Визначення	Приклади у соціальній сфері	Механізми державного втручання
Суспільні блага (Public goods)	Блага з невиключністю та неконкурентністю споживання; проблема безбілетника	Національна оборона, правопорядок, громадське здоров'я, фундаментальні дослідження	Пряме державне виробництво, фінансування з податків
Мериторні блага (Merit goods)	Блага, споживання яких суспільство вважає бажаним незалежно від індивідуальних уподобань	Освіта, охорона здоров'я, культура, соціальне житло	Субсидії, безкоштовне надання, обов'язкове споживання
Позитивні екстерналії	Соціальна вигода перевищує приватну; ринок недовиробляє благо	Вакцинація, освіта, реабілітація, профілактика захворювань	Субсидії, податкові пільги, державне фінансування
Негативні екстерналії	Соціальні витрати перевищують приватні; ринок перевиробляє благо	Забруднення, поширення інфекцій, алкоголізм, тютюнопаління	Податки Пігу, регулювання, заборони
Асиметрія інформації	Одна сторона угоди має більше інформації, ніж інша	Медичні послуги (лікар vs пацієнт), соціальні послуги, страхування	Ліцензування, стандарти якості, регулювання, інформування
Несприятливий відбір (Adverse selection)	Високоризикові особи частіше купують страховку, що підвищує премії	Медичне страхування, страхування на випадок безробіття	Обов'язкове страхування, субсидування премій
Моральний ризик (Moral hazard)	Страхування або безкоштовність стимулює надмірне споживання	Зловживання лікарняними, тривале безробіття, надмірне споживання медпослуг	Співоплата, франшизи, умови отримання допомоги

Суспільні блага (public goods) є класичним прикладом ринкової неспроможності. Пол Самуельсон (1954) визначив суспільні блага через дві ключові характеристики: невиключність (non-excludability) - неможливість виключити з користування тих, хто не заплатив; та неконкурентність (non-rivalry) - споживання блага одним індивідом не зменшує його доступність для інших. Класичними прикладами є національна оборона, правопорядок, вуличне освітлення. Через проблему «безбілетника» (free-rider problem) приватний ринок не забезпечує достатнього виробництва суспільних благ, оскільки споживачі можуть користуватися благом, не сплачуючи за нього. Це обґрунтовує державне фінансування таких благ за рахунок обов'язкових податків.

Багато соціальних послуг мають характеристики **мериторних благ** (merit goods) - благ, споживання яких суспільство вважає бажаним незалежно від індивідуальних уподобань споживачів. Концепція мериторних благ, запропонована Річардом Масгрейвом (1959), обґрунтовує державне субсидування або безкоштовне надання таких послуг, як освіта, охорона здоров'я, культура. На відміну від суспільних благ, мериторні блага технічно можуть надаватися ринком, але суспільство вважає їх надто важливими, щоб залишати їх виключно на розсуд ринку та індивідуальних рішень про споживання.

Екстерналії (externalities) виникають, коли діяльність одних економічних агентів впливає на добробут інших, і цей вплив не відображається у ринкових цінах. Позитивні екстерналії означають, що соціальна вигода від діяльності перевищує приватну вигоду виробника чи споживача. Наприклад, вакцинація захищає не лише вакцинованого, а й оточуючих через колективний імунітет; освіта приносить користь не лише освіченій особі, а й суспільству через підвищення продуктивності та соціальної згуртованості. За наявності позитивних екстерналій ринок недовиробляє відповідні блага, що обґрунтовує державні субсидії. Негативні екстерналії (забруднення довкілля, поширення інфекційних хвороб) означають, що соціальні витрати перевищують приватні, і обґрунтовують регулювання чи оподаткування (Coase, 1960).

Асиметрія інформації є поширеною причиною ринкової неспроможності у соціальній сфері. Джордж Акерлоф, Майкл Спенс та Джозеф Стігліц отримали Нобелівську премію (2001) за аналіз ринків з асиметричною інформацією. У сфері соціальних послуг споживачі часто не мають достатньої інформації для оцінки якості послуг: пацієнт не може оцінити кваліфікацію лікаря, батьки - якість освіти для дитини, клієнт соціальної служби - ефективність

інтервенції. Це призводить до проблем несприятливого відбору (adverse selection) та моральної небезпеки (moral hazard), що обґрунтовує державне регулювання якості, ліцензування та сертифікацію надавачів соціальних послуг (Arrow, 1963).

Фінансування соціальної сфери здійснюється з кількох основних джерел: державного та місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, приватних коштів домогосподарств, благодійних організацій та міжнародної допомоги.

Структура фінансування відображає суспільні пріоритети та моделі соціальної політики: у країнах із соціал-демократичною моделлю переважає бюджетне фінансування, у ліберальних - приватні витрати та благодійність, у консервативних - соціальне страхування (Glennerster, 2017).

Порівняльний аналіз джерел фінансування соціальної сфери наведено у табл. 7.9.

Бюджетне фінансування є основним джерелом для більшості соціальних програм. Кошти надходять з податків і розподіляються через бюджетний процес відповідно до політичних пріоритетів. Перевагами бюджетного фінансування є можливість перерозподілу ресурсів від заможних до бідних, стабільність фінансування, універсальний доступ. Недоліками - залежність від політичного циклу, бюрократизація, можлива неефективність через відсутність конкуренції. В Україні бюджетне фінансування залишається домінуючим джерелом для соціальної сфери: у 2026 році на Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності передбачено 468,5 млрд грн, на пенсійне забезпечення – близько 780 млрд грн (Мінфін, 2025).

Соціальне страхування забезпечує фінансування на основі принципу внесків: працівники та роботодавці сплачують страхові внески до спеціальних фондів, з яких виплачуються допомоги при настанні страхових випадків. Економічна логіка страхування полягає в об'єднанні ризиків (risk pooling): індивідуально непередбачувані ризики стають прогнозованими для великої групи. *Перевагами* є пов'язаність виплат з внесками (що підвищує легітимність), окреме від бюджету управління коштами, участь соціальних партнерів. *Недоліками* - виключення тих, хто не сплачує внесків (безробітні, неформально зайняті), регресивність фіксованих ставок внесків (Barr, 2012).

Приватні витрати домогосподарств включають пряму оплату соціальних послуг (out-of-pocket payments), співоплату (co-payments) при субсидованих послугах та внески до приватних страхових програм. Із позиції економічної ефективності, пряма оплата сигналізує про уподобання споживачів і стримує

надмірне споживання. Однак вона створює бар'єри доступу для малозабезпечених і може призводити до катастрофічних витрат на здоров'я. Тому більшість систем поєднують публічне фінансування базових послуг із приватними витратами на додаткові послуги.

Таблиця 7.9.

Джерела фінансування соціальної сфери: порівняльний аналіз

Джерело фінансування	Переваги	Недоліки	Приклади використання
Бюджетне фінансування (податки)	• Універсальний доступ • Перерозподіл від багатих до бідних • Стабільність	• Залежність від політичного циклу • Бюрократизація • Можлива неефективність	Більшість соціальних послуг, освіта, охорона здоров'я
Соціальне страхування (внески)	• Пов'язаність виплат з внесками • Окреме управління • Участь соціальних партнерів	• Виключення тих, хто не платить • Регресивність фіксованих ставок	Пенсії, допомога по безробіттю, лікарняні
Приватні витрати (out-of-pocket)	• Сигналізує про уподобання • Стримує надмірне споживання • Не навантажує бюджет	• Бар'єри доступу для бідних • Катастрофічні витрати • Поглиблює нерівність	Приватна медицина, платні соціальні послуги
Благодійність	• Гнучкість • Інноваційність • Адресність	• Нестабільність • Залежність від донорів • Фрагментація	Гуманітарна допомога, пілотні проєкти, підтримка вразливих груп
Social Impact Bonds	• Приватний капітал для соціальних цілей • Фокус на результатах • Інновації	• Високі транзакційні витрати • Складність вимірювання • Обмежена застосовність	Зменшення рецидивізму, раннє втручання, бездомність

Благодійне фінансування відіграє важливу роль у соціальній сфері, особливо у країнах з ліберальною моделлю та в умовах криз. Благодійні організації, фонди, релігійні інституції, корпоративна соціальна

відповідальність забезпечують фінансування програм, які не охоплені державою. Перевагами є гнучкість, інноваційність, можливість адресної допомоги. Недоліками – нестабільність, залежність від донорських пріоритетів, можлива фрагментація послуг. В Україні роль благодійного сектора суттєво зросла після 2014 року, особливо в умовах війни (Лабораторія законодавчих ініціатив, 2025).

Інноваційні механізми фінансування набувають поширення у соціальній сфері. Соціальні облігації з оплатою за результатом (Social Impact Bonds, SIB) передбачають залучення приватних інвестицій для фінансування соціальних програм: інвестори отримують повернення коштів від держави лише якщо програма досягає визначених результатів. Ця модель, запроваджена у Великій Британії у 2010 році, поширилася на програми зменшення рецидивізму, підтримки бездомних, раннього дитячого розвитку. Критики вказують на високі транзакційні витрати та потенційне зміщення пріоритетів у бік програм з вимірюваними результатами (Liebman & Sellman, 2013).

Оцінка економічної ефективності соціальних програм є важливим інструментом прийняття рішень про розподіл обмежених ресурсів. Економічна ефективність визначається як досягнення максимального результату за даних витрат або мінімізація витрат для досягнення даного результату. У соціальній сфері оцінка ефективності ускладнюється тим, що результати часто є нематеріальними (покращення якості життя, соціальна інтеграція), довгостроковими (наслідки раннього втручання проявляються через десятиліття) та багатовимірними (Drummond et al., 2015).

Аналіз витрат і вигод (cost-benefit analysis, CBA) є класичним методом економічної оцінки, що передбачає монетизацію всіх витрат і вигод програми та порівняння їх у грошовому еквіваленті. Якщо вигоди перевищують витрати, програма вважається економічно доцільною. Показник співвідношення вигод до витрат (benefit-cost ratio) дозволяє порівнювати програми: програма з вищим співвідношенням є пріоритетнішою. CBA широко застосовується для оцінки освітніх програм, де вигоди включають збільшення майбутніх заробітків, та програм охорони здоров'я, де вигоди оцінюються через уникнуті витрати на лікування та збережені роки продуктивного життя (Boardman et al., 2018).

Концепція людського капіталу, розроблена Ґері Беккером (1964), є теоретичним підґрунтям для оцінки вигод соціальних програм. Інвестиції в освіту, здоров'я, навчання підвищують продуктивність людини і, відповідно, її заробітки та внесок у суспільство. Підхід людського капіталу дозволяє

монетизувати вигоди соціальних програм через оцінку приросту заробітків (earnings gains) або уникнутих втрат продуктивності (productivity losses). Критики вказують на обмеження цього підходу: він дискримінує групи з низькими заробітками (літні люди, особи з інвалідністю) та ігнорує нематеріальні вигоди (Becker, 1964).

Аналіз витрат і ефективності (cost-effectiveness analysis, CEA) є альтернативою CBA, коли монетизація вигод є проблематичною. CEA порівнює програми за співвідношенням витрат до досягнутого результату, вираженого в натуральних одиницях: вартість на збережене життя, вартість на рік якісного життя (QALY), вартість на випадок запобіганої хвороби. CEA широко застосовується в економіці охорони здоров'я для оцінки медичних втручань і визначення пріоритетів фінансування. Обмеженням є неможливість порівнювати програми з різними типами результатів (Drummond et al., 2015).

Соціальна віддача на інвестиції (Social Return on Investment, SROI) є методом, що намагається охопити повний спектр соціальних, економічних та екологічних вигод програми. SROI виражається як співвідношення монетизованої соціальної цінності до інвестованих коштів (наприклад, SROI 3:1 означає, що кожна інвестована гривня створює 3 гривні соціальної цінності). Метод залучає стейкхолдерів до визначення та оцінки результатів, що підвищує його легітимність. Критики вказують на суб'єктивність монетизації нематеріальних результатів та відсутність стандартизації методології (Cordes, 2017).

Фінансування соціальної сфери в Україні здійснюється переважно з державного та місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, а також за рахунок міжнародної допомоги та благодійних організацій. Бюджетні видатки на соціальну сферу є значною частиною державних витрат: у 2026 році загальний обсяг видатків на Міністерство соціальної політики становить 468,5 млрд грн, що включає виплати на соціальний захист ветеранів (166,9 млрд грн), соціальну допомогу населенню, субсидії та пільги (42,3 млрд грн), захист осіб з інвалідністю (9,9 млрд грн), розвиток системи соціальних послуг (2,4 млрд грн) (Мінсоцполітики, 2025).

Структура фінансування соціальної сфери характеризується високою централізацією та переважанням прямого бюджетного фінансування установ. За даними дослідників, основним джерелом залишається пряме бюджетне фінансування, при цьому бюджетні видатки різнопланові, мають як державне, так і місцеве джерело, відрізняються за функціональним, відомчим та цільовим

призначенням. Це ускладнює систему фінансування, знижує рівень узгодженості між інституційними складовими та підвищує адміністративні витрати (Мельник, Чуркіна & Ломачинська, 2023).

Законодавство України визначає різні джерела фінансування соціальних послуг: кошти державного та місцевих бюджетів, кошти спеціально створених фондів, підприємств, установ та організацій, благодійні внески. Закон України «Про соціальні послуги» (2019) передбачає перехід від фінансування установ до фінансування послуг на основі тарифів відповідно до державних стандартів. Однак імплементація цього підходу стикається з труднощами: не для всіх послуг затверджено державні стандарти, що унеможливлює встановлення тарифів та планування бюджетних витрат (Лабораторія законодавчих ініціатив, 2025).

Система міжбюджетних трансфертів залишається проблемним аспектом фінансування. Соціальні видатки розподіляються між державним та місцевими бюджетами, при цьому механізми розподілу не завжди відповідають реальним потребам територіальних громад. Фінансова децентралізація, розпочата у 2015 році, розширила повноваження органів місцевого самоврядування у сфері соціальних послуг, але не завжди забезпечила адекватне фінансування переданих функцій.

Комунальні надавачі соціальних послуг утримуються з місцевих бюджетів, що ставить їх у привілейоване становище порівняно з недержавними надавачами та фактично виводить поза ринкові механізми. Впровадження механізмів соціального замовлення, державно-приватного партнерства, конкурсів соціальних проєктів може сприяти розвитку ринку соціальних послуг та підвищенню ефективності використання бюджетних коштів. Досвід показує, що конкурентне середовище стимулює інновації та покращення якості послуг (Лабораторія законодавчих ініціатив, 2025).

Соціальна сфера стикається з низкою фундаментальних економічних викликів, що потребують системних рішень. Демографічні зміни – старіння населення, зниження народжуваності, міграція – створюють дедалі більше навантаження на системи соціального захисту та охорони здоров'я. Збільшення частки населення пенсійного віку при зменшенні частки працюючих означає, що менша кількість платників податків та внесків має забезпечувати більшу кількість отримувачів соціальних виплат. Це явище, відоме як «демографічна криза пенсійних систем», потребує реформування пенсійного забезпечення,

подовження працездатного віку, стимулювання народжуваності (Лібанова, 2020).

Хвороба витрат Баумоля (Baumol's cost disease) пояснює тенденцію до випереджального зростання витрат у соціальній сфері. Вільям Баумоль (1967) показав, що у трудомістких галузях (освіта, охорона здоров'я, соціальні послуги), де можливості підвищення продуктивності обмежені, заробітна плата зростає разом із заробітками в інших галузях економіки, де продуктивність підвищується завдяки технологіям. Це призводить до відносного подорожчання соціальних послуг та створює постійний тиск на бюджети. Технологічні інновації (телемедицина, онлайн-освіта, цифровізація соціальних послуг) можуть частково пом'якшити цю проблему (Baumol & Bowen, 1966).

Проблема морального ризику (moral hazard) виникає, коли страхування чи безкоштовність послуг стимулюють надмірне споживання. Якщо медичні послуги безкоштовні, пацієнти можуть звертатися за допомогою частіше, ніж це необхідно; якщо допомога по безробіттю щедра, безробітні можуть менш інтенсивно шукати роботу. Для мінімізації морального ризику використовуються співоплата, франшизи, умови отримання допомоги (participation requirements). Однак надмірні обмеження можуть створювати бар'єри доступу для тих, хто дійсно потребує допомоги (Barr, 2012).

Проблема несприятливого відбору (adverse selection) є особливо гострою на ринках страхування. Якщо страхування добровільне, особи з вищими ризиками мають більшу мотивацію застрахуватися, що підвищує витрати страховика і, відповідно, премії. Вищі премії відштовхують осіб з низькими ризиками, що ще більше погіршує ризиковий профіль застрахованих. Цей «спіраль смерті» може призвести до колапсу страхового ринку. Обов'язковість соціального страхування є основним механізмом подолання несприятливого відбору (Akerlof, 1970).

Війна створила безпрецедентні економічні виклики для соціальної сфери України. Масштабні руйнування інфраструктури, переміщення мільйонів людей, втрати людського капіталу потребують значних ресурсів на відновлення та підтримку. Водночас економічний спад зменшує базу оподаткування та надходження до соціальних фондів. Міжнародна допомога частково компенсує дефіцит, але створює залежність та питання довгострокової стійкості. Ефективне управління обмеженими ресурсами, пріоритезація програм за критеріями ефективності та справедливості є критично важливими в умовах кризи.

Економічне обґрунтування соціальних інвестицій базується на концепції соціальних інвестицій (social investment), що розглядає витрати на соціальну сферу не як споживання, а як інвестиції в людський капітал та соціальну інфраструктуру, що приносять віддачу у формі підвищення продуктивності, зменшення майбутніх соціальних витрат та покращення якості життя. Парадигма соціальних інвестицій, розвинута у працях Гости Еспінг-Андерсена та інших дослідників, обґрунтовує пріоритетність превентивних програм (рання освіта, профілактика здоров'я) над реактивними (лікування хвороб, допомога бідним) (Esping-Andersen et al., 2002).

Дослідження ранніх втручань у дитинстві демонструють високу економічну віддачу соціальних інвестицій. Програма Perry Preschool у США, оцінена через 40 років після реалізації, показала співвідношення вигод до витрат 7:1 – 17:1 залежно від методології: учасники програми мали вищі доходи, нижчий рівень злочинності, менше потребували соціальної допомоги. Нобелівський лауреат Джеймс Гекман продемонстрував, що інвестиції в ранній дитячий розвиток мають найвищу віддачу порівняно з інвестиціями на пізніших етапах життя, оскільки навички, набуті в ранньому дитинстві, створюють основу для подальшого навчання (Heckman, 2006).

Превентивний підхід у соціальній роботі є економічно обґрунтованим: раннє виявлення та підтримка сімей у ризику коштує значно менше, ніж інтервенції після настання кризи (вилучення дітей, ув'язнення, лікування наслідків насильства). Дослідження показують, що кожний долар, інвестований у програми підтримки сімей, економить від 4 до 10 доларів на системі захисту дітей та кримінальній юстиції. Це обґрунтовує перерозподіл ресурсів від реактивних до превентивних програм та інвестиції у соціальну роботу на рівні громади (Washington State Institute for Public Policy, 2019).

Концепція соціальної норми прибутку (social rate of return) дозволяє порівнювати ефективність різних соціальних програм. Огляд економічних оцінок соціальних програм у США, проведений Гендреном та Спрунг-Кейзером (2020), показав, що програми раннього дитячого розвитку, освіти та підтримки зайнятості мають найвищу віддачу, тоді як програми пасивної підтримки доходів – найнижчу. Ці дані можуть інформувати пріоритезацію соціальних видатків, хоча їх застосування потребує врахування контексту та етичних міркувань про справедливість (Hendren & Sprung-Keyser, 2020).

Соціальні працівники відіграють важливу роль в економіці соціальної сфери, виступаючи посередниками між потребами клієнтів та обмеженими ресурсами системи.

На мікрорівні соціальні працівники здійснюють оцінку потреб клієнтів та прийняття рішень про розподіл ресурсів (resource allocation decisions): хто отримає допомогу, в якому обсязі, на який термін. Ці рішення мають економічні наслідки як для клієнтів, так і для системи в цілому. Етичний кодекс соціальної роботи вимагає балансування інтересів окремого клієнта та ефективного використання обмежених ресурсів суспільства (Reamer, 2018).

На мезорівні соціальні працівники залучені до управління програмами та організаціями соціальної сфери. Менеджмент соціальних служб включає бюджетування, планування, моніторинг та оцінку ефективності програм. Розуміння економічних принципів допомагає соціальним працівникам-менеджерам обґрунтовувати бюджетні запити, демонструвати результативність програм, приймати рішення про розподіл ресурсів між різними напрямами діяльності. Компетентність у фінансовому менеджменті є важливою для керівників соціальних служб (Austin, 2018).

На макрорівні соціальні працівники беруть участь у формуванні соціальної політики та адвокації за належне фінансування соціальних програм. Економічна аргументація є важливим інструментом переконання політиків та громадськості: демонстрація економічної ефективності соціальних програм, їхньої віддачі на інвестиції, довгострокових вигод для суспільства. Соціальні працівники можуть використовувати результати економічних досліджень для обґрунтування розширення чи збереження фінансування програм, протидії скороченню соціальних видатків (Jansson, 2018).

Підсумовуючи, економіка соціальної сфери забезпечує теоретичне та методологічне підґрунтя для аналізу виробництва, фінансування та споживання соціальних благ і послуг. Теорія ринкової неспроможності обґрунтовує державне втручання у соціальну сферу через наявність суспільних благ, екстерналій, асиметрії інформації та мериторних благ. Різноманітні джерела та механізми фінансування - бюджетне фінансування, соціальне страхування, приватні витрати, благодійність - мають свої переваги та обмеження. Методи економічної оцінки - аналіз витрат і вигод, аналіз витрат і ефективності, соціальна віддача на інвестиції - дозволяють обґрунтовувати пріоритети та демонструвати ефективність соціальних програм. Соціальні працівники, розуміючи економічні аспекти своєї діяльності, можуть ефективніше

розподіляти ресурси, управляти програмами та адвокатувати за належне фінансування соціальної сфери.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 7.1. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи

1. Яке місце посідає право на соціальний захист у системі прав людини? В яких міжнародних документах воно закріплено?
2. Назвіть основні статті Конституції України, що гарантують право на соціальний захист.
3. Що таке соціальні права? Охарактеризуйте їх як права «другого покоління».
4. Які основні закони України регулюють сферу соціальної роботи та соціальних послуг?
5. Дайте визначення соціальної послуги згідно із Законом України «Про соціальні послуги» (2019).
6. Назвіть види соціальних послуг за українським законодавством.
7. Хто може бути надавачем соціальних послуг в Україні? Які вимоги до них встановлені?
8. Що таке державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії?
9. Охарактеризуйте прожитковий мінімум як базовий соціальний стандарт.
10. Які міжнародні організації встановлюють стандарти у сфері соціального захисту?
11. Порівняйте правовий статус соціальних та громадянських прав. Чому соціальні права іноді називають «програмними»?
12. Охарактеризуйте систему нормативно-правових актів у сфері соціального захисту за юридичною силою.
13. Які зміни внесено Законом «Про соціальні послуги» (2019) порівняно з попереднім законодавством?
14. Поясніть механізм присвоєння та перегляду статусу особи, яка потребує соціальних послуг.
15. Як здійснюється ліцензування та атестація надавачів соціальних послуг?
16. Охарактеризуйте правовий статус соціального працівника в Україні.

17. Які обов'язки покладаються на органи місцевого самоврядування у сфері соціальних послуг?

18. Поясніть значення Конвенції МОП № 102 для національного законодавства.

19. Як Угода про асоціацію з ЄС впливає на розвиток соціального законодавства України?

20. Охарактеризуйте правові засади захисту персональних даних у соціальній роботі.

21. Проаналізуйте співвідношення міжнародних стандартів соціального захисту та національного законодавства України.

22. Оцініть ефективність правового регулювання соціальних послуг в Україні: які прогалини існують?

23. Як правове регулювання соціальної сфери адаптується до умов воєнного стану?

24. Порівняйте підходи до правового регулювання соціальної роботи в Україні та країнах ЄС.

25. Проаналізуйте перспективи імплементації європейських стандартів соціального захисту в Україні.

До теми 7.2. Соціальне забезпечення та соціальне страхування

1. Дайте визначення соціального захисту. Які три основні компоненти він включає?

2. Охарактеризуйте типологію держав добробуту за Г. Еспінг-Андерсеном.

3. Що таке декомодифікація? Як вона відрізняється в різних моделях держави добробуту?

4. Назвіть ключові принципи соціального страхування.

5. Чим соціальне страхування відрізняється від соціальної допомоги?

6. Які види загальнообов'язкового державного соціального страхування існують в Україні?

7. Що таке єдиний соціальний внесок? Коли і з якою метою він був запроваджений?

8. Охарактеризуйте трирівневу пенсійну систему України.

9. Що таке means test (перевірка потреб)? Для яких видів допомоги він застосовується?

10. Назвіть основні види державної соціальної допомоги в Україні.

11. Порівняйте ліберальну, консервативну та соціал-демократичну моделі держави добробуту.

12. Поясніть різницю між бісмаркіанською та беверіджіанською моделями соціального страхування.

13. Охарактеризуйте страхування на випадок безробіття в Україні: принципи, виплати, умови.

14. Поясніть механізм призначення державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям.

15. Що таке базова соціальна допомога (експериментальний проєкт 2025 р.)? Яка її мета?

16. Охарактеризуйте систему житлових субсидій в Україні.

17. Які соціальні ризики покриває Конвенція МОП № 102?

18. Поясніть концепцію «мінімальних рівнів соціального захисту» (Рекомендація МОП № 202).

19. Чому другий рівень пенсійної системи досі не запроваджено в Україні?

20. Охарактеризуйте роль соціального працівника у системі соціального забезпечення.

21. Проаналізуйте переваги та недоліки адресної (means-tested) соціальної допомоги.

22. Оцініть відповідність української системи соціального захисту міжнародним стандартам МОП.

23. Як демографічна криза впливає на фінансову стійкість системи соціального страхування?

24. Проаналізуйте виклики та можливості реформування пенсійної системи України.

25. Як війна вплинула на систему соціального забезпечення? Які адаптаційні механізми використовуються?

До теми 7.3. Економіка соціальної сфери

1. Що є предметом економіки соціальної сфери?
2. Дайте визначення ринкової неспроможності (market failure).

3. Що таке суспільні блага? Назвіть їхні ключові характеристики.
4. Що таке мериторні блага? Наведіть приклади.
5. Поясніть різницю між позитивними та негативними екстерналіями.
6. Що таке проблема «безбілетника» (free-rider problem)?
7. Назвіть основні джерела фінансування соціальної сфери.
8. Що таке аналіз витрат і вигод (cost-benefit analysis)?
9. Поясніть концепцію людського капіталу.
10. Що таке соціальна віддача на інвестиції (SROI)?
11. Як асиметрія інформації призводить до ринкової неспроможності у соціальній сфері?
12. Поясніть проблеми несприятливого відбору та морального ризику в соціальному страхуванні.
13. Порівняйте аналіз витрат і вигод (CBA) та аналіз витрат і ефективності (CEA).
14. Що таке «хвороба витрат Баумоля»? Як вона проявляється у соціальній сфері?
15. Охарактеризуйте структуру бюджетного фінансування соціальної сфери в Україні.
16. Які проблеми існують у системі фінансування соціальних послуг в Україні?
17. Що таке Social Impact Bonds? Опишіть механізм їх функціонування.
18. Поясніть парадигму соціальних інвестицій.
19. Які дослідження підтверджують високу віддачу від інвестицій у ранній дитячий розвиток?
20. Охарактеризуйте роль соціального працівника в економічному контексті на різних рівнях.
21. Критично оцініть теорію ринкової неспроможності як обґрунтування державного втручання.
22. Проаналізуйте можливості впровадження ринкових механізмів у соціальну сферу України.
23. Як знайти баланс між економічною ефективністю та соціальною справедливістю?
24. Оцініть переваги та обмеження різних методів економічної оцінки соціальних програм.
25. Як оптимізувати використання обмежених ресурсів соціальної сфери в умовах війни?

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Правова колізія

Ситуація: Громадянка К. звернулася до територіального центру соціального обслуговування з проханням надати її матері (78 років, III група інвалідності) послугу з догляду вдома. Соціальний працівник провів оцінку потреб і встановив, що мати громадянки К. потребує цієї послуги. Однак виявилося, що громадянка К. проживає разом з матір'ю і, згідно з чинним законодавством, як член сім'ї повинна доглядати за нею самостійно. Водночас громадянка К. працює повний робочий день і не може забезпечити цілодобовий догляд.

Питання для аналізу:

а) Які нормативно-правові акти регулюють цю ситуацію?

б) Чи має право мати громадянки К. на отримання послуги?

в) Які альтернативні рішення можна запропонувати?

г) Як має діяти соціальний працівник у цій ситуації?

КЕЙС 2. Відмова у призначенні допомоги

Ситуація: Сім'я з двома дітьми звернулася за державною соціальною допомогою малозабезпеченим сім'ям. Сукупний дохід сім'ї за останні 6 місяців був нижчим за прожитковий мінімум. Однак під час перевірки виявилося, що батько сім'ї протягом останніх 4 місяців офіційно не працював і не був зареєстрований у службі зайнятості. Крім того, 10 місяців тому сім'я придбала вживаний автомобіль вартістю 55 000 грн.

Питання для аналізу:

а) Чи має право сім'я на отримання допомоги згідно з чинним законодавством?

б) Які підстави для відмови у призначенні допомоги передбачені законом?

в) Чи є купівля автомобіля підставою для відмови?

г) Які дії може здійснити сім'я для отримання допомоги?

д) Яка роль соціального працівника у супроводі цієї сім'ї?

КЕЙС 3. Оптимізація бюджету соціальної служби

Ситуація: Ви – керівник управління соціального захисту населення територіальної громади. Внаслідок скорочення доходів місцевого бюджету вам повідомили про необхідність зменшити видатки на 20% з наступного кварталу. Наразі управління фінансує: територіальний центр соціального обслуговування (150 працівників, обслуговує 2000 осіб); центр соціальних служб (25 працівників, супроводжує 300 сімей); притулок для бездомних (20 місць); соціальну їдальню (обслуговує 100 осіб щодня); службу транспортування осіб з інвалідністю (3 автомобілі).

Завдання:

а) Розробіть критерії пріоритезації послуг.

б) Запропонуйте варіанти оптимізації витрат без критичного зниження якості послуг.

в) Визначте, які послуги є найбільш пріоритетними і чому.

г) Які альтернативні джерела фінансування можна залучити?

д) Як забезпечити прозорість прийняття рішень та комунікацію зі стейкхолдерами?

КЕЙС 4. Міжнародні стандарти та національне законодавство

Ситуація: Україна активно рухається шляхом євроінтеграції. Громадська організація, що працює у сфері захисту прав осіб з інвалідністю, підготувала аналітичний звіт, у якому зазначила, що ряд положень українського законодавства не відповідає Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яку Україна ратифікувала у 2009 році. Зокрема, критикуються: медична модель визначення інвалідності (замість соціальної); недостатня доступність публічних просторів; обмежений доступ до інклюзивної освіти; збереження інституційного догляду замість послуг у громаді.

Питання для аналізу:

а) Яке місце займають міжнародні договори в ієрархії законодавства України?

б) Які механізми імплементації міжнародних стандартів існують?

в) Проаналізуйте обґрунтованість кожного з пунктів критики.

г) Які кроки необхідні для приведення законодавства у відповідність до Конвенції?

д) Яку роль можуть відігравати соціальні працівники в адвокації за зміни?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Комплексний аналіз системи соціального захисту

Проведіть комплексний аналіз системи соціального захисту обраної країни (крім України), охопивши правові, організаційні та економічні аспекти.

Структура аналізу:

а) Конституційні та законодавчі засади соціального захисту.

б) Тип держави добробуту за типологією Еспінг-Андерсена та його обґрунтування.

в) Структура системи соціального страхування: види, принципи фінансування, охоплення.

г) Система соціальної допомоги: основні програми, критерії доступу.

д) Економічні показники: витрати на соціальний захист (% ВВП), структура видатків.

е) Порівняння з Україною: спільне та відмінне, можливості запозичення досвіду.

Обсяг: 8-10 сторінок. Обов'язково використайте дані ОЕСР, Євростату, МОП.

Завдання 2. Правовий аналіз соціальної послуги

Оберіть одну соціальну послугу з Класифікатора соціальних послуг та проведіть її комплексний правовий аналіз.

Етапи аналізу:

а) Нормативно-правова база: закони, постанови КМУ, накази Мінсоцполітики.

б) Зміст послуги: визначення, перелік діяльностей, тривалість, періодичність.

в) Отримувачі: категорії осіб, критерії доступу, процедура звернення.

г) Надавачі: хто може надавати, вимоги до кадрів, ліцензування.

д) Фінансування: джерела, механізм оплати, державний стандарт (якщо є).

е) Контроль якості: критерії оцінки, моніторинг, відповідальність.

ж) Прогалини та рекомендації щодо вдосконалення правового регулювання.

Обсяг: 6-8 сторінок.

Завдання 3. Економічна оцінка соціальної програми

Проведіть економічну оцінку однієї з соціальних програм, що реалізуються в Україні або у вашій територіальній громаді.

Приклади програм для аналізу:

- Програма раннього втручання для дітей з інвалідністю
- Програма соціального супроводу сімей у складних життєвих обставинах
- Програма підтримки внутрішньо переміщених осіб
- Програма денного догляду за літніми людьми
- Програма професійної реабілітації осіб з інвалідністю

Структура оцінки:

а) Опис програми: правова основа, цілі, цільова група, основні послуги.

б) Аналіз витрат: прямі та непрямі витрати, джерела фінансування.

в) Аналіз результатів: очікувані та фактичні результати, показники ефективності.

г) Спроба монетизації вигод (з обґрунтованими припущеннями).

д) Розрахунок показників ефективності (CBA, CEA або SROI).

е) Рекомендації щодо підвищення ефективності.

Обсяг: 6-8 сторінок з розрахунковими таблицями.

Завдання 4. Аналіз бюджетного фінансування соціальної сфери

Проведіть аналіз бюджетного фінансування соціальної сфери на рівні держави або територіальної громади.

Варіант А. Державний бюджет:

а) Динаміка видатків на соціальний захист за останні 5 років.

б) Структура видатків за напрямами (пенсії, допомоги, послуги, ветерани тощо).

в) Порівняння планових та фактичних видатків.

г) Порівняння з країнами ЄС (% ВВП).

д) Висновки та рекомендації.

Варіант Б. Місцевий бюджет:

а) Структура видатків на соціальний захист у бюджеті громади.

б) Співвідношення власних коштів та трансфертів з державного бюджету.

в) Видатки на соціальні послуги: перелік, обсяги, динаміка.

г) Порівняння з іншими громадами регіону.

д) Оцінка достатності фінансування для задоволення потреб населення.

Обсяг: 5-7 сторінок з діаграмами та таблицями.

Завдання 5. Порівняльний аналіз моделей соціального страхування

Порівняйте системи соціального страхування двох країн з різними моделями (наприклад: Німеччина vs Велика Британія, Швеція vs США, Франція vs Австралія).

Параметри порівняння:

а) Історичні витоки та філософські засади системи.

б) Принципи фінансування: внески vs податки, ставки, розподіл між працівниками та роботодавцями.

в) Охоплення населення: універсальність vs категоріальність.

г) Види страхування та рівень виплат.

д) Управління: державне, самоврядне, приватне.

е) Ефективність: показники бідності, нерівності, задоволеності.

ж) Виклики та реформи останніх років.

з) Уроки для України.

Обсяг: 6-8 сторінок.

Завдання 6. Кейс-стаді: соціальний захист вразливої групи

Проведіть комплексний аналіз правового, організаційного та економічного забезпечення соціального захисту однієї з вразливих груп населення.

Вразливі групи на вибір:

• Внутрішньо переміщені особи

• Ветерани та члени їхніх сімей

• Діти, позбавлені батьківського піклування

• Особи з інвалідністю

• Люди похилого віку, які потребують стороннього догляду

• Особи, які постраждали від домашнього насильства

Структура аналізу:

а) Характеристика групи: чисельність, потреби, ризики.

б) Нормативно-правова база: закони, підзаконні акти, міжнародні зобов'язання.

в) Система соціальних виплат та допомог для цієї групи.

г) Соціальні послуги: перелік, надавачі, доступність.

д) Фінансове забезпечення: обсяги, джерела, достатність.

е) Прогалини та проблеми: правові, організаційні, фінансові.

ж) Рекомендації щодо вдосконалення системи захисту.

Обсяг: 8-10 сторінок.

Завдання 7. Розробка проєкту соціальної програми (для роботи у групі)

У групах по 3-4 особи розробіть проєкт соціальної програми для вашої територіальної громади.

Структура проєкту:

а) Обґрунтування: соціальна проблема, цільова група, потреби (з посиланням на дані).

б) Мета та завдання програми (за SMART-критеріями).

в) Правова основа: на які нормативні акти спирається програма.

г) Зміст програми: послуги/заходи, виконавці, терміни.

д) Ресурсне забезпечення: кадри, приміщення, обладнання.

е) Бюджет програми: розрахунок витрат, джерела фінансування.

ж) Очікувані результати: показники ефективності, методи оцінки.

з) Економічне обґрунтування: очікувана соціальна віддача.

Результат: презентація проєкту (15 хв.) + письмовий документ (10-12 сторінок).

Завдання 8. Дебати: пріоритети соціальної політики

Проведіть структуровані дебати на одну з тем:

Тема А: «Універсальні виплати vs адресна допомога: що ефективніше?»

Тема Б: «Чи повинна держава бути основним надавачем соціальних послуг?»

Тема В: «Чи виправдане підвищення пенсійного віку в Україні?»

Тема Г: «Чи повинні рішення про фінансування соціальних програм базуватися на критеріях економічної ефективності?»

Формат:

а) Дві команди: «ЗА» та «ПРОТИ» (по 3-4 особи).

б) Підготовка аргументів з посиланням на наукові джерела та статистику.

в) Виступи: вступне слово (3 хв.), аргументація (5 хв.), перехресні запитання (5 хв.), підсумки (2 хв.).

г) Оцінювання журі за критеріями: обґрунтованість, логіка, використання джерел, культура дискусії.

Письмовий продукт: тези аргументів (2-3 сторінки на команду).

Завдання 9. Симуляція: засідання комісії з розподілу ресурсів

Проведіть рольову гру: засідання комісії територіальної громади з розподілу додаткових коштів на соціальну сферу.

Вихідні дані:

Громада отримала додатково 5 млн грн на соціальну сферу. Надійшло 5 заявок на фінансування:

1. Центр денного перебування для дітей з інвалідністю – 2 млн грн
2. Розширення послуги домашнього догляду для літніх – 1,5 млн грн
3. Програма підтримки молоді, яка виходить з інтернатів – 1 млн грн
4. Кризовий центр для постраждалих від домашнього насильства – 1,5 млн грн
5. Соціальна їдальня та пункт обігріву – 1 млн грн

Ролі учасників:

а) Голова комісії (модератор).

б) Представники кожної програми (захищають заявку).

в) Фінансовий експерт (аналізує ефективність витрат).

г) Представник громадськості (голос потенційних отримувачів).

Завдання: прийняти обґрунтоване рішення про розподіл коштів. Підготувати протокол засідання.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як співвідносяться правові гарантії соціального захисту з реальними можливостями їх реалізації в умовах обмежених ресурсів?
2. Чи може система соціальних послуг бути ефективною без достатнього економічного забезпечення, або ж ключову роль відіграє саме управління ресурсами?
3. Як впливає децентралізація на доступність і якість соціальних послуг у різних територіальних громадах?
4. У чому полягає баланс між державним регулюванням і ринковими механізмами у сфері соціальної роботи?
5. Як можна оцінити ефективність витрат у соціальній сфері: через економічні показники чи через соціальний вплив?
6. Які ризики виникають при залученні недержавних організацій і бізнесу до надання соціальних послуг?
7. Як змінюється роль соціального працівника в умовах цифровізації та реформування системи соціального захисту?
8. Чи здатне законодавство оперативно реагувати на кризові виклики (війна, масове переміщення), чи воно завжди відстає від реальності?
9. Як можна забезпечити справедливий розподіл соціальних ресурсів між різними групами населення?
10. Яким чином економічні обмеження впливають на етичні рішення соціального працівника у професійній діяльності?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Правові основи соціальної роботи:

1. Болотіна Н. Б. Право соціального захисту України: підручник. 2-ге вид. Київ: Знання, 2008. 416 с.

2. Синчук С. М. Право соціального забезпечення України: підручник. Київ: Алерта, 2021. 504 с.

3. Сташків Б. І. Право соціального забезпечення. Загальна частина: навч. посіб. Чернігів: ПАТ «ПВК «Десна», 2016. 692 с.

4. Шумна Л. П. Правове регулювання соціальних послуг в Україні: монографія. Харків: Право, 2019. 392 с.

5. Пилипенко П. Д. (ред.). Право соціального забезпечення: підручник. Київ: Ін Юре, 2019. 504 с.

Соціальне забезпечення та страхування:

1. Barr, N. (2012). Economics of the Welfare State (5th ed.). Oxford University Press.

2. Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press.

3. Bonoli, G., & Natali, D. (Eds.). (2012). The Politics of the New Welfare State. Oxford University Press.

4. Pierson, C., Castles, F. G., & Naumann, I. K. (Eds.). (2014). The Welfare State Reader (3rd ed.). Polity Press.

5. Лібанова Е. М. (ред.). Людський розвиток в Україні: інституційне середовище соціально спрямованої економіки. Київ: ІДСД НАН України, 2020. 368 с.

Економіка соціальної сфери:

1. Boardman, A., Greenberg, D., Vining, A., & Weimer, D. (2018). Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice (5th ed.). Cambridge University Press.

2. Drummond, M. F., et al. (2015). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (4th ed.). Oxford University Press.

3. Glennerster, H. (2017). Understanding the Finance of Welfare (3rd ed.). Policy Press.

4. Le Grand, J., Propper, C., & Smith, S. (2008). The Economics of Social Problems (4th ed.). Palgrave Macmillan.

5. Stiglitz, J. E., & Rosengard, J. K. (2015). Economics of the Public Sector (4th ed.). W. W. Norton.

Міжнародні документи

1. Загальна декларація прав людини (1948).

2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966).

3. Європейська соціальна хартія (переглянута) (1996).

4. Конвенція МОП № 102 про мінімальні норми соціального забезпечення (1952).

5. Рекомендація МОП № 202 про мінімальні рівні соціального захисту (2012).

6. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006).

7. Конвенція ООН про права дитини (1989).

8. Європейський кодекс соціального забезпечення (1964, переглянутий 1990).

9. Угода про асоціацію між Україною та ЄС (2014). Глава 21 «Співробітництво у сфері зайнятості, соціальної політики та рівних можливостей».

Законодавство України: базові закони

1. Конституція України від 28.06.1996 (статті 3, 43, 46, 48, 49, 52, 53).

2. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII.

3. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 № 2017-III.

4. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14.01.1998 № 16/98-ВР.

5. Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 № 1058-IV.

6. Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010 № 2464-VI.

Закони про соціальний захист окремих категорій:

1. Закон України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» від 01.06.2000 № 1768-III.

2. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» від 02.03.2000 № 1533-III.

3. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 № 875-XII.

4. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21.06.2001 № 2558-III.

5. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-XII.

6. Закон України «Про житлово-комунальні послуги» від 09.11.2017 № 2189-VIII (щодо субсидій).

Класичні праці:

1. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 53(5), 941-973.

2. Becker, G. S. (1964). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis. University of Chicago Press.

3. Marshall, T. H. (1950). Citizenship and Social Class. Cambridge University Press.

4. Samuelson, P. A. (1954). The Pure Theory of Public Expenditure. Review of Economics and Statistics, 36(4), 387-389.

5. Titmuss, R. M. (1974). Social Policy: An Introduction. Allen & Unwin.

Сучасні дослідження:

1. Cerami, A., & Vanhuysse, P. (Eds.). (2009). Post-Communist Welfare Pathways: Theorizing Social Policy Transformations in Central and Eastern Europe. Palgrave Macmillan.

2. Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. Science, 312(5782), 1900-1902.

3. Hendren, N., & Sprung-Keyser, B. (2020). A Unified Welfare Analysis of Government Policies. Quarterly Journal of Economics, 135(3), 1209-1318.

4. Liebman, J. B., & Sellman, A. (2013). Social Impact Bonds: A Guide for State and Local Governments. Harvard Kennedy School.

5. Nicholls, J., et al. (2012). A Guide to Social Return on Investment. The SROI Network.

Україномовні дослідження:

1. Лабораторія законодавчих ініціатив. (2025). Фінансування соціальної сфери: хто фінансує та які процедури? parlament.org.ua.

2. Мельник В. М., Чуркіна І. Є., Ломачинська І. А. (2023). Особливості державного фінансування соціальної сфери в Україні. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління, 21(1), 9-21.

3. Семигіна Т. В. (2018). Сучасна соціальна політика: теоретико-методологічні засади. Академія праці, соціальних відносин і туризму.

4. Скуратівський В. А., Палій О. М., Лібанова Е. М. Соціальна політика: підручник. Київ: НАДУ, 2007. 226 с.

Офіційні ресурси України:

1. Верховна Рада України - база законодавства: https://zakon.rada.gov.ua/
2. Міністерство соціальної політики України: https://www.msp.gov.ua/
3. Міністерство фінансів України - соціальні видатки: https://mof.gov.ua/uk/expenditures_on_social_assistance
4. Пенсійний фонд України: https://www.pfu.gov.ua/
5. Державна служба зайнятості: https://www.dcz.gov.ua/
6. Портал відкритих бюджетних даних: https://index.minfin.com.ua/

Міжнародні організації:

1. Міжнародна організація праці (МОП) - соціальний захист: https://www.ilo.org/global/topics/social-security/
2. Світовий банк - соціальний захист: https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection
3. ОЕСР - соціальні видатки: https://www.oecd.org/social/expenditure.htm
4. Євростат - соціальний захист: https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection
5. Європейська комісія – соціальна політика: https://ec.europa.eu/social/
6. UNICEF Україна: https://www.unicef.org/ukraine/

Аналітичні та методичні ресурси:

1. Better Evaluation - методи оцінки програм: https://www.betterevaluation.org/
2. Washington State Institute for Public Policy - економічні оцінки: https://www.wsipp.wa.gov/
3. GO Lab (Government Outcomes Lab) - Social Impact Bonds: https://golab.bsg.ox.ac.uk/
4. Social Value International - методологія SROI: https://socialvalueint.org/
5. Econlib - економічна енциклопедія: https://www.econlib.org/
6. Лабораторія законодавчих ініціатив: https://parlament.org.ua/
7. Центр економічної стратегії: https://ces.org.ua/
8. Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України: https://idss.org.ua/

РОЗДІЛ 8.
ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

8.1. Професійна ідентичність та цінності соціальної роботи

Професійна ідентичність у соціальній роботі розглядається як багатогранний феномен, що включає не лише сукупність знань і навичок, а й глибоке внутрішнє прийняття місії професії.

Згідно з концепцією Р. Адамса, «професійна ідентичність» є динамічним процесом «ставання» (becoming), де фахівець постійно переосмислює свою роль під впливом соціального контексту та практичного досвіду. Вона виступає внутрішнім «фільтром», через який соціальний працівник інтерпретує складні етичні дилеми та приймає рішення.

Аксіологічний фундамент професії (Цінності) Ціннісна сфера є ядром професійної ідентичності. На відміну від технічних професій, у соціальній роботі цінності мають регулятивний характер. Дослідники виділяють три рівні ціннісної інтеграції:

1. Гуманістичний рівень: Визнання безумовної цінності особистості. За А. Донабедіаном, якість взаємодії між надавачем та отримувачем послуг (процесуальний аспект) безпосередньо залежить від емпатії та поваги до гідності клієнта.
2. Етико-правовий рівень: Дотримання принципів конфіденційності та права на самовизначення. Е. Гамбрілл підкреслює, що етична ідентичність зобов’язує фахівця використовувати лише доказові методи (evidence-based practice), оскільки використання неперевірених методів є порушенням права клієнта на ефективну допомогу.
3. Соціально-політичний рівень: Орієнтація на соціальну справедливість. Професійна ідентичність включає усвідомлення фахівця як «агента змін», що бореться з системною нерівністю та дискримінацією.

Компоненти професійної ідентичності Сучасні дослідження дозволяють виокремити такі складові структури ідентичності:

- Когнітивний компонент: Знання професійних стандартів, законодавчої бази (зокрема Закону України «Про соціальні послуги») та методологічних моделей.

- Афективний компонент: Почуття приналежності до професійної спільноти, емоційна стійкість та здатність до співпереживання без втрати професійних кордонів.
- Поведінковий компонент: Реалізація цінностей у щоденній практиці, дотримання етичних протоколів.

Чинники формування та загрози Професійна ідентичність формується під впливом супервізії. За К. Кадушиним, саме супервізор допомагає фахівцю інтегрувати теоретичні конструкни у власну систему цінностей, забезпечуючи «наступність професійної культури».

Водночас, ідентичність може піддаватися деструкції через професійне вигорання. Дослідження К. Маслач та М. Лейтера демонструють, що коли існує розрив між особистими цінностями працівника та вимогами організації (наприклад, надмірна бюрократизація або формалізм), відбувається деперсоналізація клієнтів, що руйнує професійну ідентичність. У контексті України, як зазначає І. Астремська, важливою складовою ідентичності сьогодні стає «етична резильєнтність» – здатність зберігати вірність цінностям професії в умовах екстремального стресу та невизначеності.

Залучення клієнтів як маркер ідентичності Рівень зрілості професійної ідентичності визначається також ставленням до отримувача послуг. Справжній професіонал прагне піднятися «драбиною участі» Ш. Арнстейн від маніпулятивного консультування до реального партнерства з клієнтом, визнаючи його експертом власного життя. Це змінює парадигму «допомоги» на парадигму «розширення можливостей» (empowerment).

Отже, професійна ідентичність соціального працівника – *це інтегративна якість, що поєднує глибоку відданість гуманістичним цінностям із високим рівнем методологічної підготовки. Її розвиток є основою професіоналізації галузі та головною запорукою якості соціальних послуг, оскільки саме ідентичність визначає суб'єктивну відповідальність фахівця за результати своєї діяльності.*

8.2. Етика ділового спілкування в соціальній сфері

Професійна етика соціального працівника – це система моральних принципів, норм і правил поведінки фахівця з урахуванням особливостей його професійної діяльності та конкретної ситуації. Вона визначає рольову позицію соціального працівника, регулює його відносини з клієнтами, колегами,

організаціями та суспільством, забезпечує якість і ефективність професійної допомоги.

Етика соціальної роботи як прикладна наука має свій об'єкт – професійну мораль спеціалістів соціальної сфери, та предмет – етичні відносини, етичну свідомість та етичні дії, що виникають у процесі професійної діяльності. До основних категорій професійної етики належать: етичні відносини (взаємодія соціального працівника з клієнтом, колегами, суспільством); етична свідомість (моральні цінності, переконання, мотиви фахівця); етичні дії (конкретні вчинки відповідно до моральних норм); професійний обов'язок (сукупність вимог суспільства до фахівця).

Професійна діяльність соціального працівника базується на трьох фундаментальних засадах: повага до людини, визнання її безумовної цінності незалежно від досягнень та поведінки; визнання людини як унікальної соціальної істоти, що реалізує свою унікальність у стосунках з іншими; визнання здатності людини до змін, поліпшення свого життя, зростання, а відтак – повага до свободи вибору і прийняття рішень.

Особливість етики соціальної роботи порівняно з іншими професійними етиками полягає у тому, що соціальний працівник має справу з найбільш вразливими категоріями населення, які перебувають у складних життєвих обставинах. Це накладає підвищену моральну відповідальність, оскільки нерівність позицій (фахівець – клієнт) створює ризик зловживання владою, порушення прав та гідності людини. Саме тому професійна етика є не просто бажаною, а обов'язковою умовою якісної соціальної роботи.

Етичні засади соціальної роботи закріплені у міжнародних та національних документах. На глобальному рівні ключовим документом є Глобальна декларація етичних принципів соціальної роботи (Global Social Work Statement of Ethical Principles), ухвалена у липні 2018 року Міжнародною федерацією соціальних працівників (МФСП / IFSW) та Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи (МАШСР / IASSW). Декларація замінила попередній документ «Етика соціальної роботи: декларація принципів» (2004) і містить 9 етичних принципів (табл.8.1.).

Важливою інновацією Декларації 2018 року є включення принципу етичного використання технологій та соціальних мереж (принцип 8), що відображає виклики цифрової епохи для соціальної роботи.

Таблиця 8.1.

Глобальні етичні принципи соціальної роботи (МФСП / МАШСР, 2018)

№	ПРИНЦИП	ЗМІСТ
1	Визнання гідності людини	Повага до невід'ємної гідності всіх людей; сприяння правам людини та соціальній справедливості
2	Сприяння правам людини	Захист і просування громадянських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав
3	Сприяння соціальній справедливості	Протидія дискримінації, визнання різноманіття, справедливий розподіл ресурсів, оскарження несправедливої політики
4	Право на самовизначення	Повага до права людей приймати власні рішення щодо свого життя за умови, що це не загрожує правам інших
5	Право на участь	Залучення людей до всіх рішень і дій, що впливають на їхнє життя; наснаження та зміцнення спроможності
6	Конфіденційність та приватність	Збереження конфіденційної інформації; розкриття лише за інформованою згодою або при загрозі безпеці
7	Ставлення до людей як до цілісних істот	Урахування біологічних, психологічних, соціальних та духовних вимірів особистості
8	Етичне використання технологій та соціальних мереж	Відповідальне використання цифрових технологій; захист приватності в онлайн-середовищі; інформована згода при дистанційних послугах
9	Професійна доброчесність	Розвиток та дотримання національних кодексів етики; розмежування особистого та професійного; самопіклування

В Україні діє Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи, затверджений наказом Мінсім'ямолодьспорту від 09.09.2005 № 1965. Він ґрунтується на вітчизняному досвіді та міжнародних стандартах і визначає 7 основних принципів (табл. 8.2).

Таблиця 8.2

Принципи Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України (2005)

ПРИНЦИП ЕТИЧНОГО КОДЕКСУ	ЗМІСТ ТА ВИМОГИ
1. Повага до гідності	Кожна людина є неповторною та унікальною. Неприпустимий жоден прояв зневаги до особистості. Кожна людина має право на самореалізацію

2. Пріоритетність інтересів клієнтів	Інтереси клієнтів є пріоритетними. Несумісність із прямим чи опосередкованим примусом до будь-яких дій
3. Толерантність	Терпимість до різних емоційних проявів. Прийняття клієнтів незалежно від способу життя, походження, статі
4. Довіра та взаємодія	Співпраця з клієнтами для розв'язання завдань. Довірчі відносини як основа ефективної допомоги
5. Доступність послуг	Надання послуг кожній особі, яка потребує допомоги, незалежно від обставин
6. Конфіденційність	Нерозголошення інформації без згоди клієнта. Обмеження: загроза життю, здоров'ю клієнта або третіх осіб
7. Дотримання норм професійної етики	Відповідальність за свої дії. Постійний професійний розвиток. Розмежування особистих та професійних стосунків

Порівняльний аналіз етичних документів різних рівнів дозволяє виявити як спільні засади, так і суттєві відмінності (табл. 8.3.).

Таблиця 8.3

Порівняння етичних документів соціальної роботи

Критерій	Етичний кодекс України (2005)	Глобальна декларація МФСП/МАШСР (2018)	Кодекс етики NASW (США, 2021)
Ухвалено	Мінсім'ямолодьспорт (наказ № 1965 від 09.09.2005)	МФСП та МАШСР (липень 2018)	Національна асоціація соціальних працівників (NASW), оновл. 2021
Юридична сила	Підзаконний нормативний акт	Рекомендаційний документ	Обов'язковий для членів NASW
Кількість принципів	7 принципів	9 принципів	6 основних цінностей + детальні стандарти
Механізм контролю	Не визначено чіткого механізму	Через національні організації	Процедура розгляду скарг, дисциплінарні заходи
Цифрова етика	Не передбачено	Окремий принцип (№ 8)	Детальні стандарти онлайн-практики

Як бачимо, Етичний кодекс України потребує оновлення з урахуванням Глобальної декларації 2018 року, зокрема в частині цифрової етики, механізмів контролю та самопіклування фахівців.

Етична дилема – це ситуація, в якій соціальний працівник стоїть перед необхідністю вибору між двома або більше суперечливими етичними зобов'язаннями, кожне з яких має моральне обґрунтування. Етичні дилеми неминучі у соціальній роботі, оскільки інтереси різних сторін (клієнта, його оточення, організації, суспільства) часто не збігаються.

Глобальна декларація МФСП/МАШСР (2018) наголошує, що етичні принципи покликані «заохочувати соціальних працівників у всьому світі до роздумів про виклики та дилеми, з якими вони стикаються, та до прийняття етично обґрунтованих рішень». Стандарт вищої освіти за спеціальністю «Соціальна робота» в Україні передбачає програмний результат навчання: «Виявляти етичні дилеми та суперечності у професійній діяльності та застосовувати засоби супервізії для їх розв'язання».

Для розв'язання етичних дилем у науковій літературі пропонується використовувати покрокові моделі прийняття етичних: ідентифікація етичної проблеми; збір інформації; визначення залучених сторін та їхніх інтересів; аналіз дилеми крізь призму етичних принципів та кодексу; розгляд альтернативних варіантів дій; консультації з колегами та/або супервізором; прийняття рішення та його документування; оцінка результатів та рефлексія.

Ділове спілкування – це процес взаємодії, спрямований на організацію та оптимізацію професійної діяльності. На відміну від побутового спілкування, ділове спілкування є регламентованим (підпорядкованим правилам, нормам, протоколу), цілеспрямованим (орієнтованим на розв'язання конкретних професійних завдань) та функціонально-рольовим (учасники виступають носіями певних ролей: соціальний працівник, клієнт, керівник, представник установи).

Специфіка ділового спілкування у соціальній сфері визначається: особливим характером відносин «фахівець – клієнт» (нерівність позицій, вразливість клієнта, владний ресурс фахівця); необхідністю поєднувати офіційність з емпатією; міждисциплінарним характером взаємодії (психолог, юрист, лікар, педагог); етичними обмеженнями (конфіденційність, інформована згода); роботою з клієнтами різного культурного, вікового, соціального досвіду; необхідністю адвокації інтересів клієнтів перед інституціями.

Таблиця 8.4

Типові етичні дилеми у соціальній роботі

Тип етичної дилеми	Суть конфлікту	Приклад у соціальній роботі
Конфіденційність vs безпека	Обов'язок зберігати таємницю клієнта суперечить необхідності захистити його або інших	Клієнт повідомляє про наміри суїциду; дитина розповідає про насильство в сім'ї
Самовизначення vs патерналізм	Повага до вибору клієнта суперечить професійній оцінці його інтересів	Клієнт з інвалідністю відмовляється від реабілітації; літня людина не хоче переїздити з аварійного будинку
Інтереси клієнта vs інтереси суспільства	Допомога окремому клієнту може суперечити суспільним інтересам	Клієнт отримує допомогу, надаючи неправдиву інформацію; потреба захистити громаду від агресивного клієнта
Подвійні стосунки	Поєднання професійної та особистої ролі щодо клієнта	Соціальний працівник є сусідом/родичем клієнта; надання послуг знайомому в малій громаді
Обмежені ресурси	Необхідність розподілити обмежені ресурси між клієнтами з однаковими потребами	Одне місце у притулку та два клієнти; пріоритизація послуг в умовах війни
Лояльність до організації vs інтереси клієнта	Вимоги роботодавця суперечать етичним зобов'язанням перед клієнтом	Організація вимагає скоротити час роботи з клієнтом; політика установи суперечить найкращим інтересам дитини

Ділове спілкування у соціальній роботі реалізується через три взаємопов'язані сторони: комунікативну (обмін інформацією), інтерактивну (організація взаємодії) та перцептивну (сприйняття та розуміння партнера). У соціальній роботі особливого значення набуває перцептивна сторона, оскільки здатність точно сприймати стан клієнта, «читати» невербальні сигнали, розпізнавати приховані потреби є ключовою професійною навичкою.

Комунікативна компетентність – це здатність особистості встановлювати, підтримувати та ефективно здійснювати міжособистісну взаємодію; сукупність знань, умінь та навичок, що забезпечують успішне спілкування у різних ситуаціях професійної діяльності. Для соціального працівника комунікативна компетентність є однією з ключових (поряд із фаховою, правовою, дослідницькою), оскільки основним інструментом соціальної роботи є саме спілкування.

Таблиця 8.5

Основні форми ділового спілкування у соціальній роботі

ФОРМА СПІЛКУВАННЯ	ХАРАКТЕРИСТИКА	ЗАСТОСУВАННЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ
Ділова бесіда	Цілеспрямований діалог двох або кількох осіб для обговорення проблеми та прийняття рішення	Первинна консультація, оцінювання потреб, мотиваційне інтерв'ю, бесіда з клієнтом/родичами
Ділові переговори	Процес досягнення домовленостей між сторонами з різними інтересами	Міжвідомча координація, взаємодія з роботодавцями, укладання договорів про надання послуг
Ділова нарада (засідання)	Колективне обговорення питань для вироблення спільного рішення	Засідання міждисциплінарної команди, мультидисциплінарний розбір випадку, планування послуг
Ділове листування	Офіційна письмова комунікація (листи, записки, звіти)	Запити до інституцій, звіти, акти оцінювання, службові записки, електронне листування
Телефонна розмова	Оперативне усне спілкування на відстані	Консультування «гарячою лінією», узгодження дій з партнерами, оперативне інформування
Публічний виступ / презентація	Монологічне повідомлення перед аудиторією з метою інформування або переконання	Презентація випадку, адвокація інтересів клієнтів, освітні заходи, громадські слухання
Онлайн-комунікація	Спілкування за допомогою цифрових платформ (відеозв'язок, месенджери, електронна пошта)	Дистанційне консультування, координація з командою, зв'язок із клієнтами у віддалених громадах

Структура комунікативної компетентності соціального працівника включає кілька взаємопов'язаних компонентів (табл. 8.6).

Серед ключових комунікативних умінь соціального працівника: активне слухання (перефразування, уточнення, відображення почуттів, узагальнення); задавання відкритих, закритих та рефлексивних запитань; «Я-повідомлення» замість «Ти-повідомлень» у конфліктних ситуаціях; техніки зворотного зв'язку (конструктивного і підтримувального); уміння працювати з опором та агресією

клієнтів; навички міжкультурної комунікації; уміння адаптувати мову до рівня розуміння клієнта (без професійного жаргону).

Таблиця 8.6

Структура комунікативної компетентності соціального працівника

Компонент	Зміст
Когнітивний	Знання про закономірності спілкування, вербальні та невербальні засоби комунікації, культурні особливості, комунікативні бар'єри; знання ділового етикету та протоколу
Мотиваційний	Спрямованість на взаємодію, готовність до діалогу, інтерес до клієнта; установка на емпатію та партнерство
Операційний (діяльнісний)	Уміння активного слухання, чіткого формулювання думок, ведення переговорів, управління конфліктами, складання ділових документів, публічних виступів
Рефлексивний	Здатність аналізувати власну комунікативну поведінку, оцінювати ефективність взаємодії, коригувати стиль спілкування, отримувати та надавати зворотний зв'язок
Емоційно-вольовий	Емоційна стабільність, саморегуляція, толерантність до невизначеності, стресостійкість, управління емоціями у професійному спілкуванні

Дослідження свідчать, що до 70% інформації у міжособистісному спілкуванні передається невербально. У соціальній роботі невербальна комунікація набуває особливого значення, оскільки клієнти у складних життєвих обставинах часто не можуть або не хочуть вербалізувати свої проблеми. До основних засобів невербальної комунікації належать:

Кінесика – мова тіла: міміка, жести, постава, контакт очей, рухи. Відкрита постава, нахил корпусу до співрозмовника, помірний контакт очей демонструють увагу та зацікавленість. Схрещені руки, відхилений корпус, уникання погляду можуть сигналізувати про закритість або дискомфорт.

Проксеміка – просторова організація спілкування. Для ділового спілкування оптимальною є соціальна дистанція (1,2–3,6 м), для довірчої бесіди з клієнтом – особиста (0,5–1,2 м). Важливо враховувати культурні особливості та індивідуальний комфорт клієнта. Розташування меблів у кабінеті також впливає на атмосферу: стіл як бар'єр або відсутність бар'єру.

Паралінгвістика – характеристики голосу: темп, тембр, гучність, інтонація, паузи. Спокійний, помірний темп мовлення створює відчуття безпеки. Хронеміка – використання часу: пунктуальність, тривалість зустрічі, уміння не поспішати – є проявом поваги до клієнта.

Для соціального працівника важливо одночасно: усвідомлювати власні невербальні сигнали та контролювати їх; «читати» невербальну поведінку клієнта; ураховувати культурний контекст (те, що вважається нормою в одній культурі, може бути образливим в іншій).

Цифровізація соціальної сфери (портал «Дія», Єдина інформаційна система Мінсоцполітики, електронні реєстри надавачів та отримувачів послуг) ставить нові етичні виклики. Глобальна декларація 2018 року (принцип 8) зобов'язує соціальних працівників: забезпечувати конфіденційність в онлайн-середовищі; отримувати інформовану згоду на дистанційне консультування; усвідомлювати обмеження цифрової комунікації (відсутність невербальних сигналів, ризики безпеки даних); враховувати цифровий розрив – не всі клієнти мають доступ до технологій та навички їх використання (особливо особи похилого віку, жителі сільської місцевості).

Серед основних правил цифрового етикету у соціальній роботі: використання захищених каналів зв'язку; заборона обговорення клієнтських випадків у відкритих соціальних мережах; чітке розмежування особистих та робочих акаунтів; дотримання принципу мінімізації даних (збирати лише необхідну інформацію); регулярне оновлення паролів та захист персональних даних відповідно до Закону «Про захист персональних даних» (2010).

Конфлікти у професійному спілкуванні соціального працівника можуть виникати: з клієнтами (невиправдані очікування, опір змінам, маніпулювання); з колегами (розбіжності у підходах, розподіл навантаження); з керівництвом (бюрократичні вимоги vs потреби клієнтів); з представниками інших інституцій (міжвідомча неузгодженість).

Етичний підхід до управління конфліктами передбачає: визнання конфлікту як нормального явища професійної діяльності; зосередження на проблемі, а не на особистості; використання «Я-повідомлень» замість звинувачень; застосування технік активного слухання; пошук компромісу або консенсусу; залучення супервізора або медіатора за необхідності; документування конфлікту та прийнятих рішень. Важливо розрізняти функціональні конфлікти (що сприяють покращенню якості послуг) та дисфункціональні (що руйнують робочі відносини та шкодять клієнтам).

8.3. Професійне зростання та управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти

Цифрова трансформація суспільства, зокрема цифровізація соціальних послуг, зумовлює вимоги до професійної діяльності соціальних працівників, що виходять за межі опанування окремих технологічних інструментів і передбачають розвиток здатності до постійного професійного самовдосконалення та своєчасної адаптації до динамічних змін соціального середовища. Зокрема, у стандартах для професій «Фахівець із соціальної роботи» та «Соціальний працівник» здатність до навчання, самоосвіти та постійного підвищення кваліфікації (Z.05) віднесено до ключових загальних компетентностей професії. Зазначені стандарти розглядають безперервне навчання як обов'язкову складову трудових функцій соціального працівника, що охоплює самоорганізацію та самоосвіту, регулярне підвищення кваліфікації, адаптацію до змін законодавства й соціальних технологій, а також готовність до навчання інших і поширення позитивного професійного досвіду. У цьому контексті підготовка магістрів соціальної роботи має бути орієнтована на формування стійкої потреби в навчанні впродовж життя як необхідної умови професійної спроможності фахівця. На управлінському рівні, що корелює з рівнем освіти магістра, фахівець має не лише підтримувати власний професійний розвиток, а й організовувати навчання персоналу, сприяти професійному зростанню колективу та формуванню позитивного іміджу професії.

У зв'язку з цим актуалізується потреба перегляду підходів до управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи. Підготовка майбутніх фахівців має бути зосереджена не стільки на засвоєнні окремих цифрових інструментів, скільки на формуванні здатності до навчання впродовж життя, опануванні цифрових ресурсів для безперервної освіти та організації ефективної самоосвітньої діяльності. Таким чином, управління цим процесом постає стратегічним завданням сучасної вищої освіти, спрямованим на підготовку фахівців, здатних самостійно адаптуватися до майбутніх інновацій і забезпечувати якісне надання соціальних послуг у цифровому середовищі.

Різні аспекти професійної підготовки магістрів соціальної роботи та неперервної освіти соціальних працівників України знайшли своє відображення у працях О. Кравченко та Н. Коляди (2021 р.); І. Савельчук (2021 р.);

Ю. Ткачука (2023 р.); Г. Слозанської, С. Стельмах та І. Криницької (2022 р.); Д. Бибик та І. Савельчук (2022 р.); Н. Левченко (2023 р.); О. Лозинського (2023 р.), Н. Максимовської (2025 р.) та ін..

Широке коло питань, пов'язаних із цифровою трансформацією соціальної сфери та її впливом на професійну підготовку фахівців унаслідок цифровізації, упровадженні державних електронних платформ і сервісів, розвитку електронного врядування та нових форматів взаємодії між державою, громадою і отримувачами послуг, останнім часом знайшло відображення у працях В. Кирилюка, І. Рябоконя та А. Кіндія (2023 р.); О. Білецького (2024 р.); М. Мальованого, Н. Бондаренко, І. Орлова та В. Заярної (2024 р.); Р. Барана, М. Романчукевич та Н. Борина (2025 р.); О. Дідківської (2025 р.). Науковці одноголосні у тому, що цифрові сервіси підвищують доступність і оперативність соціальної допомоги, водночас висуваючи нові вимоги до професійної підготовки соціальних працівників та оновлення професійних компетентностей у цифровому середовищі.

У низці праць наголошується на наявності бар'єрів, що ускладнюють реалізацію потенціалу цифровізації. «Соціальні працівники повинні бути готовими до використання цифрових інструментів, постійно вдосконалювати свої навички та забезпечувати етичне та безпечне використання цифрових технологій у своїй роботі» (А. Попова, Н. Мацейко, 2023 р.). Особливу увагу дослідники приділяють проблемам цифрової інклюзії та доступності, підкреслюючи, що фахівець соціальної сфери має володіти не лише цифровими технологіями, а й ціннісними орієнтирами, спрямованими на недопущення посилення соціальної нерівності внаслідок цифрових перетворень (Г. Давиденко, 2023 р.). Ефективність цифрових інструментів соціальної роботи значною мірою залежить від готовності фахівця до самостійного опанування нових технологій, критичного осмислення їх можливостей і обмежень, а також здатності адаптувати цифрові рішення до потреб конкретних соціальних груп у тому числі людей третього віку (А. Каркач, Т. Семигіна, 2021 р.). У цьому контексті самоосвітня діяльність постає як ключовий механізм професійного розвитку соціального працівника в умовах швидких технологічних змін.

Широке коло питань управління самоосвітньою діяльністю магістрів знайшли своє відображення у працях науковців, які розглядають самоосвіту як цілеспрямований, керований і системно організований компонент підготовки здобувачів ЗВО. У дисертаційних роботах Т. Волошиної (2018 р.), О. Гермак (2019 р.), С. Касіянц (2017 р.), О. Підгірного (2021), О. Письменної (2025 р.),

обґрунтовано роль цифрових, інформаційно-комунікаційних, хмароорієнтованих і змішаних технологій як інструментів активізації самостійного та самоосвітнього навчання у процесі професійної підготовки. Автори сходяться на тому, що ефективність самоосвіти залежить від сформованості навичок самоорганізації, рефлексії, мотивації до безперервного навчання та наявності відповідного освітнього середовища. У працях Т. Махині обґрунтовано можливості інтеграції МВОК як інструменту керованої самоосвіти в магістратурі та підкреслено роль академічної доброчесності, самоорганізації та педагогічного супроводу (2020 р.), а також визначено роль неформальної та інформальної освіти у безперервного опанування нових цифрових технологій в умовах магістратури (2025 р.), У праці Я. Півень (2024 р.) самоосвіта дедалі більше осмислюється як об'єкт управління, що потребує цілеспрямованих організаційних, цифрових і мотиваційних рішень. У контексті аналізу наукових джерел заслуговують на увагу результати дослідження Т. Хлєбнікової (2020 р.), якою обґрунтовано критерії оцінювання якості умов організації самоосвітньої діяльності, представлені у формі кваліметричної моделі. Запропонований підхід, попри його орієнтацію на педагога, може бути адаптований до сфери соціальної роботи.

Починаючи з 2022 року, наукові дослідження дедалі частіше зосереджуються на аналізі можливостей застосування штучного інтелекту (далі – ШІ) як інструменту підтримки освітнього процесу у вищій освіті, а також на визначенні його педагогічних, етичних і технологічних обмежень (В. Кремінь, О. Спірін, С. Литвинова, Ю О. Ляшенко,. Мальований, О. Пінчук, О. Сокол; 2025 р.) та застосування ШІ у соціальній сфері (Т. Семигіна, О. Карагодіна; 2025 р.). Фундаментальною для нашого дослідження є робота M. Adarkwah (2024 р.), у якій увага зосереджена на переосмисленні андрагогічної моделі М. Ноулза у практику освіти та навчання дорослих з урахуванням технологій ШІ.

Стрімка цифровізація соціальної сфери зумовлює потребу переосмислення змісту магістерської підготовки соціальних працівників з урахуванням сучасних тенденцій розвитку цифрових технологій. Водночас у наявних дослідженнях недостатньо розкрито проблеми цілеспрямованого управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти, що поєднують можливості неформальної та інформальної освіти, що обумовлює актуальність нашого дослідження.

Рівень готовності до самоосвітньої діяльності безпосередньо визначає здатність фахівця ефективно реалізовувати професійні та управлінські трудові функції, адаптуватися до змін нормативно-правового поля й опановувати нові соціальні та цифрові технології.

У структурі освітнього процесу самоосвіта одночасно виступає як процес, так і результат автономного здобуття знань поза формальною системою, тоді як самоосвітня діяльність є системою цілеспрямованих дій (планування, вибір джерел, самоконтроль), спрямованих на досягнення мети самоосвіти.

До основних ознак самоосвітньої діяльності належать:

- самостійність у визначенні цілей, способів та темпу засвоєння матеріалу;
- суб'єктність (активне проєктування власного освітнього маршруту);
- ініціативність (перевага внутрішньої мотивації);
- систематичність (регулярність і безперервність);
- цілеспрямованість (орієнтація на конкретний результат);
- рефлексивність (самоаналіз та корекція методів навчання).

За цих умов самоосвітня діяльність набуває рис цілеспрямованого, керованого процесу, інтегрованого в ОПП чи ОНП. Це, своєю чергою, актуалізує проблему управління самоосвітньою діяльністю магістрів, за якого об'єкт управління (навчання) збігається із суб'єктом (самим магістрантом). Управлінські механізми такого процесу мають подвійну природу – як зовнішні (інституційні, з боку закладу вищої освіти), так і внутрішні (самоменеджмент і саморегуляція здобувача). Узагальнення внутрішніх та зовнішніх управлінських механізмів самоосвітньої діяльності магістрів подано у таблиці 8.7.

Таким чином, управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи доцільно розглядати як інтегративну систему зовнішніх та внутрішніх управлінських механізмів. Зовнішні механізми створюють нормативні, організаційні та технологічні умови для самоосвіти, тоді як внутрішні забезпечують суб'єктну активність магістранта, його здатність до самоменеджменту, рефлексії та адаптації. Їх узгоджене функціонування перетворює самоосвітню діяльність із індивідуальної ініціативи на керований і результативний компонент магістерської підготовки в умовах цифрової трансформації освіти.

Таблиця 8.7.

Внутрішні та зовнішні управлінські механізми самоосвітньої діяльності магістрів

Функціональний механізм	Внутрішні механізми (самоменеджмент магістра)	Зовнішні механізми (інституційне управління ЗВО)
Програмно-цільовий	– проєктування індивідуальної освітньої траєкторії; – особисте цілепокладання; – усвідомлений вибір напрямів професійного розвитку	– формування структури ОПП/ОНП та змісту дисциплін; – консультаційний супровід вибору дисциплін і тем досліджень
Організаційно-технологічний	– самостійна організація навчального часу; – участь у професійних спільнотах та мережах; –вибір цифрових ресурсів для самоосвіти	– впровадження LMS (Google Classroom), що дозволяє структурувати самостійну роботу; – підтримка цифрового освітнього середовища; – підтримка проєктного та кейс-орієнтованого навчання
Мотиваційно-стимулюючий	– внутрішня мотивація до професійного зростання та опанування Soft-skills; – формування власного E-portfolio; – орієнтація на кар'єрну траєкторію	– перезарахування результатів неформальної освіти (МВОК, конференцій, тренінгів) у межах тем освітніх компонент; – грантова та стипендіальна підтримка; – привселюдне визнання досягнень
Контрольно-рефлексивний	– самодіагностика й самоаудит результатів навчання; – ведення рефлексивного щоденника; – аналіз власних досягнень	– прозорі критерії оцінювання результатів навчання; – стимулювання взаємооцінювання; – оперативний зворотний зв'язок від викладача
Адаптивний	– оперативна зміна стратегій самоосвіти; – самостійне опанування нових цифрових інструментів, зокрема ШІ; – психологічна готовність до навчання в умовах невизначеності	– коучинг і менторство з боку викладача; – фасилітація індивідуальних освітніх маршрутів; – гнучке оновлення змісту освітніх компонентів

Зупинимося більш ґрунтовно на аналізі зовнішніх механізмів управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи. З огляду на те, що

цифрові технології суттєво розширюють освітні можливості соціальних працівників, забезпечуючи доступ до онлайн-курсів, вебінарів, симуляцій і сучасних професійних практик, у таблиці 8.8 узагальнено цифрові платформи та сервіси, що доцільно інтегрувати у підготовку магістрів соціальної роботи.

Таблиця 8.8.

Цифрові платформи соціальної роботи та їх роль у підготовці магістрів соціальної роботи

Цифрова платформа	Основне призначення	Значення для підготовки магістрів соціальної роботи
Data.gov.ua	Єдиний державний вебпортал відкритих даних	Формування навичок аналізу соціальних даних, моніторингу соціально-економічних показників, обґрунтування управлінських і соціальних рішень
Електронний кабінет особи з інвалідністю	Доступ до соціальних сервісів для осіб з інвалідністю	Формування практичних навичок цифрової інклюзії та супроводу вразливих груп населення
ЄІССС	Єдина інформаційна система соціальної сфери	Ознайомлення з цифровими реєстрами, міжвідомчою взаємодією та кейс-менеджментом у соціальній роботі
EGAP	Електронне урядування, підзвітність влади та участь громади	Формування цифрової, управлінської та громадянської компетентностей; залучення громад до соціальних процесів
Цифрові профілі громад	Інструмент комплексної характеристики та оцінювання рівня цифрового розвитку громад територіальних громад	Розвиток навичок стратегічного аналізу громади як середовища соціальної роботи
єДопомога	Платформа координації державної, гуманітарної та волонтерської допомоги	Навчання роботі з кризовими цифровими сервісами, гуманітарною допомогою та міжсекторною взаємодією
Платформа допомоги врятованим	Підтримка осіб, постраждалих від війни	Розвиток компетентностей кризового втручання, перенаправлення та цифрової координації допомоги

DIMOBI (Цифрова інклюзія)	Мобільний застосунок для соціалізації та цифрового розвитку	Формування інклюзивної цифрової компетентності та роботи з клієнтами з низьким рівнем цифрової грамотності
Соціальна громада	Інтегрована інформаційна система соціальних послуг на рівні громади	Ознайомлення з цифровими інструментами управління соціальними послугами на місцевому рівні
Ветеран PRO	Державні послуги для ветеранів, ветеранок та їхніх сімей	Підготовка до цифрового супроводу ветеранів, навігації клієнтів у системі соціальних і адміністративних послуг
Громадський бюджет (e-DEM)	Електронна участь громадян у розподілі коштів громади	Розвиток компетентностей громадянської участі, фасилітації соціальних ініціатив та проєктної діяльності
Прихисток	Портал підтримки ВПО та пошуку житла/роботи	Підготовка до соціального супроводу внутрішньо переміщених осіб із використанням цифрових сервісів

Представлені цифрові платформи і сервіси становлять основу цифрової екосистеми соціальної роботи та можуть бути використані як практичні інструменти формування професійних, управлінських і цифрових компетентностей магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти.

Окрему групу цифрових ресурсів у підготовці магістрів соціальної роботи, виокремлені нами під час викладання курсу «Організація та управління соціальними проектами» становлять фандрайзингові та краудфандингові платформи (Таблиця 8.9).

На відміну від цифрових сервісів соціальних послуг, фандрайзингові та краудфандингові платформи орієнтовані не на адміністрування чи супровід клієнтів, а на мобілізацію фінансових і соціальних ресурсів для реалізації соціальних ініціатив. Їх інтеграція в освітній процес дозволяє формувати проєктне мислення, підприємливість, інноваційність та здатність до реалізації соціальних проєктів у громадах, що відповідає сучасним вимогам до професійної діяльності соціального працівника.

Окреслені цифрові платформи соціальної роботи створюють практичне середовище професійної діяльності майбутніх соціальних працівників і формують запит на постійне оновлення професійних компетентностей. Водночас ефективна реалізація потенціалу таких ресурсів неможлива без

розвиненої здатності магістрантів до автономного навчання, критичного осмислення інформації та систематичного професійного саморозвитку. У цьому контексті особливого значення набувають платформи масових відкритих онлайн-курсів (далі – МВОК), які виступають інструментом організованої, доступної та керованої самоосвітньої діяльності.

Таблиця 8.9

Фандрайзингові та краудфандингові платформи як інструменти проєктної діяльності магістрів соцроботи

Платформа	Тип платформи	Освітній потенціал у підготовці магістрів
dobro.ua	Фандрайзинг	Формування навичок прозорого залучення ресурсів, підзвітності, комунікації з донорами
Спільнокошт	Краудфандинг	Навчання мобілізації громади, соціального підприємництва
Welfare.Green	Краудфандинг	Проєктування соціальних і екологічних ініціатив у логіці сталого розвитку
GoFundMe	Міжнародний фандрайзинг	Ознайомлення з глобальними практиками допомоги та етичними стандартами
Kickstarter / Indiegogo	Краудфандинг	Розвиток навичок презентації соціальних інновацій і масштабування ідей

Серед різноманіття україномовних МВОК (Prometheus, EdEra, Відкритий університет майдану, Дія.Освіта тощо), досвід інтеграції яких в умовах магістратури детально описано у публікаціях Т. Махині (2018-2025 рр.), варто виділити безкоштовну онлайн-платформу для розвитку професійних компетентностей спеціалістів у сфері соціальної роботи BeProfi та платформу соціальної освіти Social Academy. Онлайн-курси цих платформ забезпечують цілеспрямоване формування результатів навчання магістрів соціальної роботи, орієнтованих на роботу з сім’ями, дітьми та громадами – РН. 10 – «аналізувати соціальний та індивідуальний контекст проблем особи, сім’ї, соціальної групи, громади, формулювати мету і завдання соціальної роботи, планувати втручання в складних і непередбачуваних обставинах відповідно до цінностей соціальної роботи». Платформа Освітній хаб міста Києва EduHub інтегрується в освітньо-наукову програму «Соціальна робота» як ресурс наскрізного розвитку soft skills, управлінських і комунікативних результатів навчання. Використання матеріалів

EduHub у межах окремих дисциплін та індивідуальних освітніх траєкторій сприяє формуванню автономності, професійної ідентичності, етичної відповідальності та готовності магістрів соціальної роботи до міжсекторальної взаємодії в умовах невизначеності.

У системі самоосвітньої діяльності магістрів соціальної роботи також варто виділити платформу онлайн-освіти зі сталого розвитку Impactorium, розділ «Кращі практики» якої містить добірку реальних кейсів корпоративної соціальної відповідальності і сталого розвитку, що були зібрані та опубліковані станом на 2020–2021 роки. Це короткі описи практичних ініціатив компаній та організацій – від освітніх проєктів і громадських акцій до мобілізації ресурсів громад – які ілюструють, як Цілі сталого розвитку реалізуються на практиці (приклади кейсів із описом проблем, заходів і результатів).

З огляду на значну роль МВОК як інструменту керованої самоосвітньої діяльності магістрів соціальної роботи, виникає потреба у систематизованому співвіднесенні змісту МВОК із результатами навчання, визначеними Стандартом вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота». Таке зіставлення дозволяє обґрунтувати педагогічну доцільність інтеграції окремих онлайн-курсів і цифрових інструментів в освітні програми магістерського рівня.

У таблиці 8.10. подано узагальнена матриця відповідності РН та МВОК/цифрових інструментів, що можуть бути використані у самоосвітній діяльності магістрів соціальної роботи.

Таблиця 8.10.

Матриця відповідності результатів навчання та МВОК/цифрових інструментів, що можуть бути використані у самоосвітній діяльності магістрів соціальної роботи

Результат навчання (РН)	МВОК / цифровий інструмент	Обґрунтування покриття РН у самоосвітній діяльності
РН. 1	МВОК з проєктного менеджменту (Prometheus, ВУМ), кейс-курси BeProfi	Формування здатності розв’язувати складні соціальні проблеми в умовах невизначеності через аналіз реальних кейсів
РН. 2	МВОК з критичного мислення, наукової комунікації (Prometheus)	Розвиток навичок критичного аналізу джерел і практик соціальної роботи

РН. 3.	МВОК англійською мовою (Coursera, Prometheus англомовні курси)	Використання іноземних джерел і професійна комунікація іноземною мовою
РН. 4	Social Academy, EdEra (курси з соціальної політики, прав людини)	Поглиблення теоретичного та міждисциплінарного розуміння соціальної роботи
РН. 5	МВОК з аналізу даних, Google Forms, Excel, Power BI, Mentimetr, Дія.Дослідження	Збір та кількісно-якісний аналіз емпіричних даних у соціальній сфері
РН. 6	Україномовні МВОК (Prometheus, ВУМ, Дія.Освіта, BeProfi, Social Academy, EduHub), AI-асистенти	Формування автономності та здатності до самоосвітньої діяльності
РН. 7	Google Classroom, ЄІССС, «Соціальна громада»	Використання спеціалізованого програмного забезпечення для професійних завдань
РН. 8	Симуляційні курси, ШІ-сценарії	Прийняття рішень у складних і непередбачуваних ситуаціях
РН. 9	Рефлексивні МВОК, E-portfolio, ШІ-щоденники	Реалізація рефлексивних практик і профілактика професійного вигорання
РН. 10	BeProfi, Social Academy, цифрові сервіси соціальної сфери	Аналіз соціального контексту та планування соціальних втручань
РН. 11	Zoom, групові МВОК, Google Calendar, Padlet	Організація міждисциплінарної та командної діяльності
РН. 12	МВОК з прав людини, цифрової інклюзії (EdEra, Impactorium)	Оцінювання соціальних наслідків політик і рішень
РН. 13	МВОК із соціального підприємництва, фандрайзингу (ВУМ, Prometheus, Impactorium)	Розвиток ініціативності та генерації соціальних інновацій
РН. 14	МВОК з наукових досліджень (ВУМ, Prometheus), MS Excel	Вибір і застосування методів кількісного та якісного аналізу
РН. 15	Курси з оцінки якості послуг, кваліметрично-факторні моделі	Розроблення критеріїв ефективності та управлінських рішень
РН. 16	МВОК з проєктного дизайну, Дія.Освіта «Громада 4.0», краудфандингові та фандрайзингові платформи	Розроблення соціальних проєктів на професійному рівні

РН. 17	Інструменти колаборації (Zoom, Canva, Padlet, Mentimeter), комунікаційні МВОК (cases.media, Prometheus, Дія.Освіта), спеціалізовані соціальні спільноти	Побудова професійних взаємин і переговорів
РН. 18	Курси з професійної етики, соціальної відповідальності, МВОК (EdEra – Інклюзивність та Громадянська освіта)	Формування професійної ідентичності та етичної поведінки
РН. 19	Краудфандингові платформи, МВОК з управління соціальними проєктами (ВУМ. Дія.Освіта, cases.media)	Реалізація та апробація соціальних проєктів і технологій
РН. 19*	Google Scholar, наукові МВОК, AI-пошук,	Критичний пошук і оцінювання наукової інформації
РН. 20 / РН. 20*	МВОК з наукової комунікації (Prometheus), Open Access репозитарії, референс-менеджери (Grafiati, Zotero, Mendeley), AI-інструменти	Узагальнення й оприлюднення результатів досліджень

Окремо варто відзначити можливості впровадження технологій ШІ у вищу освіту загалом та підготовку фахівців із соціальної роботи зокрема. Конкретні приклади застосування технологій ШІ у підготовці фахівців із соціальної роботи за моделлю SAMR детально описані у дослідженні Т. Семигіною та О. Карагодіною дозволяють переглянути роль інструментів ШІ як педагогічного підсилювача, що сприяє досягненню програмних РН у магістерській підготовці соціальних працівників до професійної діяльності в умовах цифрової трансформації соціальної сфери. Зокрема, на відміну від МВОК, які забезпечують структурований доступ до навчального контенту, інструменти ШІ виконують функцію індивідуалізованого супроводу, аналітичної підтримки та рефлексивного зворотного зв’язку, що є особливо важливим у контексті керованої самоосвітньої діяльності магістрів.

З огляду на це, у таблиці 8.11 нами узагальнено основні напрями використання технологій штучного інтелекту в підготовці магістрів соціальної роботи та співвіднести їх із освітніми завданнями й результатами навчання.

Таким чином, ШІ виступає як інтегрований інструмент управління самоосвітньою діяльністю, що доповнює можливості МВОК і цифрових платформ соціальної сфери. Поєднання структурованого навчального контенту, практико-орієнтованих цифрових сервісів та інструментів ШІ створює умови для переходу від фрагментарної самоосвіти до системної, керованої й результат-орієнтованої освітньої практики в магістратурі соціальної роботи.

Таблиця 8.11.

Можливості використання технологій ШІ у підготовці магістрів соц.роботи

Напрям використання ШІ	Освітні функції	Значення для підготовки магістрів соціальної роботи
Моделювання соціальних кейсів і сценаріїв	Генерація складних ситуацій, симуляція альтернативних рішень	Формування здатності аналізувати складні соціальні ситуації, приймати рішення в умовах невизначеності, планувати втручання (РК1, РК8, РК10)
Аналітика та обробка соціальних даних	Аналіз великих масивів даних, виявлення закономірностей	Розвиток аналітичних компетентностей, умінь працювати з емпіричними даними та обґрунтовувати управлінські рішення (РК2, РК5, РК14)
Рефлексивний супровід і самодіагностика	Аналіз навчальної діяльності, формування зворотного зв’язку	Підтримка професійної рефлексії, усвідомлення цінностей соціальної роботи, профілактика професійного вигорання (РК9, РК18)
Підтримка персоналізованого навчання	Адаптація завдань, рекомендації ресурсів, індивідуальні траєкторії	Підсилення автономності здобувачів, розвиток навичок самоосвіти та навчання впродовж життя (РК6, РК13)
Комунікаційна та міждисциплінарна підтримка	Підготовка аргументів, сценаріїв комунікації, фасилітація обговорень	Розвиток навичок міжпрофесійної взаємодії, аргументації та публічної комунікації (РК11, РК17)
Підтримка проєктної та дослідницької діяльності	Генерація ідей, структурування текстів, допомога в аналізі джерел	Формування навичок проєктування соціальних ініціатив, узагальнення та впровадження результатів досліджень (РК16, РК19, РК20*)

Отже, управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти потребує системного підходу шляхом поєднання внутрішніх та зовнішніх управлінських механізмів, що поєднують

можливостях неформальної та інформальної освіти. Прицьому ефективне управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи можливе за умови інституційної підтримки використання цифрових ресурсів, чіткого визначення їх ролі у досягненні програмних результатів навчання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 8.1. Професійна ідентичність та цінності соціальної роботи

1. Як узгодженість або розрив між ціннісними рівнями (гуманістичним, етико-правовим, соціально-політичним) та компонентами професійної ідентичності (когнітивним, афективним, поведінковим) впливає на якість соціальної роботи?
2. Як може бути побудована модель розвитку професійної ідентичності соціального працівника з урахуванням ролі супервізії, практичного досвіду та зовнішніх викликів (зокрема професійного вигорання і кризових умов)?
3. Як перехід від патерналістської моделі допомоги до підходу empowerment трансформує професійну ідентичність соціального працівника та змінює вимоги до його компетенцій і цінностей?

До теми 8.2. Етика ділового спілкування в соціальній сфері

1. Розкрийте сутність професійної етики соціального працівника та її значення.
2. Назвіть та охарактеризуйте три фундаментальні засади професійної діяльності соціального працівника.
3. Які основні категорії професійної етики у соціальній роботі?
4. Охарактеризуйте 9 принципів Глобальної декларації етичних принципів (2018).
5. Які принципи визначені в Етичному кодексі спеціалістів із соціальної роботи України?
6. Що таке етична дилема? Наведіть приклади типових дилем у соціальній роботі.
7. Розкрийте покрокову модель прийняття етичних рішень.
8. У чому специфіка ділового спілкування у соціальній сфері?

9. Назвіть та охарактеризуйте основні форми ділового спілкування у соціальній роботі.
10. Що таке комунікативна компетентність? Які її компоненти?
11. Яке значення невербальної комунікації у соціальній роботі?
12. Розкрийте поняття конфіденційності та його межі у соціальній роботі.
13. Які етичні виклики створює цифровізація соціальної сфери?
14. Охарактеризуйте роль супервізії у розв'язанні етичних дилем.
15. Що таке «професійні межі» і чому вони важливі у соціальній роботі?

До теми 8.3. Професійне зростання та управління самоосвітньою діяльністю магістрів соціальної роботи в умовах цифрової трансформації освіти

1. Як цифрова трансформація змінює роль соціального працівника та вимоги до його професійної підготовки?
2. Як співвідносяться внутрішні (самоменеджмент) та зовнішні (інституційні) механізми управління самоосвітньою діяльністю? Який із них є визначальним?
3. Як здатність до самоосвіти впливає на якість соціальних послуг у сучасному цифровому середовищі?
4. Як використання цифрових платформ соціальної сфери змінює підходи до роботи з клієнтами та громадами?
5. Як інтеграція МВОК у підготовку магістрів впливає на формування їх професійної автономності?
6. Як технології штучного інтелекту трансформують процес самоосвіти та професійного розвитку соціального працівника?
7. Як можна забезпечити баланс між технологізацією соціальної роботи та дотриманням її гуманістичних цінностей?
8. Як здатність до рефлексії та самодіагностики впливає на професійне становлення соціального працівника?

КЕЙСИ ДЛЯ АНАЛІЗУ

КЕЙС 1. Конфіденційність під загрозою

Ситуація: Під час індивідуальної консультації 16-річна дівчина Оксана розповіла соціальному працівнику, що її батько систематично застосовує фізичне насильство до неї та молодшого брата (10 років). Оксана благає не повідомляти нікому, бо «тато буде ще злішим». Вона каже: «Я довіряю тільки вам, якщо розкажете – більше не прийду».

Завдання: 1) Визначте етичну дилему, що виникла. Які принципи Етичного кодексу вступають у конфлікт? 2) Застосуйте покрокову модель прийняття етичного рішення. 3) Як пояснити Оксані необхідність вжити заходів? Складіть діалог. 4) Визначте нормативно-правову базу дій соціального працівника у цій ситуації.

КЕЙС 2. Подвійні стосунки у малій громаді

Ситуація: Марина – єдиний соціальний працівник у сільській громаді (1 500 осіб). До неї за допомогою звертається її сусідка Ганна, яка перебуває у складних стосунках із чоловіком (ознаки домашнього насильства). Марина знає цю сім'ю, дружить з Ганною, їхні діти ходять в одну школу. Чоловік Ганни – місцевий підприємець, який спонсорує громадські заходи.

Завдання: 1) Чи має Марина право працювати з цим випадком? Проаналізуйте з позиції етичних стандартів. 2) Які ризики подвійних стосунків? 3) Запропонуйте алгоритм дій з дотриманням етичних норм. 4) Як забезпечити конфіденційність у малій громаді, де «всі всіх знають»?

КЕЙС 3. Невдале ділове спілкування

Ситуація: Соціальний працівник Андрій проводить бесіду з Петром (67 років, ВПО, інвалідність II групи). Під час бесіди Андрій: сидить, схрестивши руки; постійно поглядає на телефон; перебиває клієнта; використовує професійний жаргон («Ви – отримувач базової соціальної послуги згідно з п. 4.2 Порядку...»); на питання Петра «Чи допоможуть мені?» відповідає: «Ми працюємо в рамках встановлених процедур».

Завдання: 1) Визначте помилки у комунікативній поведінці Андрія (вербальній та невербальній). 2) Як ці помилки впливають на ефективність соціальної роботи? 3) Перепишіть діалог, продемонструвавши правильну комунікативну поведінку. 4) Які техніки активного слухання слід використати?

КЕЙС 4. Етика онлайн-консультування

Ситуація: Соціальна працівниця Олена надає дистанційні консультації ВПО через месенджер Viber. Одна з клієнток надіслала повідомлення: «Мені дуже погано, не хочу більше жити, тільки заради дітей тримаюся». Олена одночасно веде три чати з клієнтами. Вона відповідає: «Тримайтесь! Все буде добре! Зверніться до психолога» та надсилає номер телефону.

Завдання: 1) Оцініть дії Олени з позиції етичних стандартів та принципу 8 Глобальної декларації. 2) Які помилки допущено? 3) Складіть алгоритм дій соціального працівника при отриманні кризового повідомлення онлайн. 4) Які етичні вимоги до організації дистанційного консультування?

КЕЙС 5. Міждисциплінарна нарада: конфлікт підходів

Ситуація: На засіданні міждисциплінарної команди обговорюється випадок 14-річного Максима (девіантна поведінка, вживання алкоголю, прогули школи). Лікар наполягає на примусовому лікуванні, юрист – на постановці на облік у поліції, педагог – на переведенні до спецшколи. Соціальний працівник вважає, що потрібно працювати із сім’єю та мотивувати Максима. Атмосфера наради – напружена, учасники перебивають один одного, лікар підвищує голос.

Завдання: 1) Як соціальний працівник може відстояти свою позицію, дотримуючись принципів ділового спілкування? 2) Застосуйте алгоритм управління конфліктом. 3) Складіть план виступу соціального працівника з обґрунтуванням своєї позиції. 4) Які етичні принципи мають бути покладені в основу рішення команди?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Проаналізуйте одну з цифрових платформ соціальної роботи (наприклад, «єДопомога», «Соціальна громада» або Data.gov.ua) та визначте:

- її функції;
- потенціал для соціальної роботи;
- обмеження та ризики використання.

Завдання 2. Розробіть індивідуальну траєкторію самоосвітньої діяльності магістра соціальної роботи на 3–6 місяців із використанням:

- МВОК;
- цифрових платформ;
- інструментів ШІ.

Обґрунтуйте вибір ресурсів відповідно до професійних цілей.

Завдання 3. Опишіть власну готовність до самоосвітньої діяльності, відповівши на питання:

- які навички самоменеджменту вже сформовані;
- які потребують розвитку;
- які цифрові інструменти можуть цьому сприяти.

Завдання 4. Складіть порівняльну таблицю Етичного кодексу соціального працівника України на основі Глобальної декларації 2018 р. за критеріями: принципи, зміст, механізми контролю, урахування цифрових технологій.

Завдання 5. Розробіть пам'ятку для соціального працівника «Правила етичного спілкування з клієнтом» (на основі Етичного кодексу та технік ефективної комунікації).

Завдання 6. Підготуйте аналітичну записку «Етичні виклики цифровізації соціальних послуг в Україні» (2–3 сторінки).

Завдання 7. Розробіть програму тренінгу з комунікативної компетентності для соціальних працівників (4 години): мета, завдання, структура, вправи.

Завдання 8. Підготуйте презентацію «Невербальна комунікація у роботі з різними категоріями клієнтів» (10–12 слайдів): діти, особи похилого віку, ВПО, особи з інвалідністю.

Завдання 9. Проведіть міні-дослідження: опитайте 10–15 соціальних працівників щодо найбільш поширених етичних дилем, з якими вони стикаються. Підготуйте звіт.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи потрібно оновити Етичний кодекс соціального працівника України? Що змінити?
2. Конфіденційність у соціальній роботі: де межа?» (аналіз конкретних ситуацій)
3. Подвійні стосунки у малих громадах: неминуча реальність чи етична проблема?
4. Штучний інтелект у соціальній роботі: чи може алгоритм приймати етичні рішення?
5. Емпатія vs емоційне вигорання: як знайти баланс?
6. Міжкультурна комунікація у роботі з ВПО: виклики та рішення
7. Чи має право соціальний працівник на помилку? Культура помилки vs культура покарання
8. Соціальні мережі та професійний імідж: де закінчується особисте і починається професійне?
9. Супервізія як інструмент етичного розвитку: розкіш чи необхідність?
10. Чи можливо бути етичним в неетичній системі? Структурні бар’єри етичної практики

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Етика ділового спілкування в соціальній сфері

1. Берестенко О. Г. Культура професійного спілкування : підручник. Київ : НУБіП, 2020. 280 с.

2. Бралатан В. П. Професійна етика : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 252 с.

3. Етика роботи з персональними даними у дослідженнях із соціальної роботи. Науковий вісник УжНУ. 2025.

4. Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України : Наказ Мінсім'ямолодьспорту від 09.09.2005 № 1965. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/v1965643-05

5. Етичні стандарти та кодекси у соціальній роботі: міжнародний і національний контекст. ResearchGate, 2024.

6. Зозуляк-Случик Р. В. Етика соціальної роботи : навч. посіб. Івано-Франківськ : Прикарпатський нац. ун-т, 2019. 250 с.

7. Карпенко О. Г., Романова Н. Ф. Теорія та практика соціальної роботи : навч. посібник. Київ : Слово, 2015. 408 с.

8. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціальної політики України. Київ : НАДУ, 2012. 48 с.

9. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посібник. Київ : МАУП, 2003. 168 с.

10. Міжнародна асоціація шкіл соціальної роботи (IASSW). URL: https://www.iassw-aiets.org

11. Міжнародна федерація соціальних працівників (IFSW). URL: https://www.ifsw.org

12. Портал PROFIhealth: Етика соціального працівника. URL: https://profihealth.org.ua/uk/lessons/185

13. Роєнко С. О. Етика соціальної роботи : навч. посібник. 2-е вид. Умань : ВПЦ «Візаві», 2018. 202 с.

14. Семигіна Т. В. Міжнародна соціальна робота: глобальні пріоритети соціального розвитку. Вісник АПСВТ. 2015. № 1–2. С. 6–11.

15. Семигіна Т. В. Нові глобальні етичні принципи соціальної роботи. Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2019. № 1. С. 70–85.

16. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика : навч. посібник. 2-е вид. Київ : Знання, 2008. 574 с.

17. Шумик А. М., Тополь О. В. Етика професійного спілкування фахівця із соціальної допомоги. Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі : матеріали конф. Дніпро, 2018. С. 553–557.

18. Banks S. Ethics and Values in Social Work. 4th ed. London : Palgrave Macmillan, 2012. 288 p.

19. Dolgoff R., Harrington D., Loewenberg F. M. Ethical Decisions for Social Work Practice. 10th ed. Boston : Cengage, 2018. 352 p.

20. NASW Code of Ethics (2021). URL: https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics

21. Reamer F. G. Social Work Values and Ethics. 5th ed. New York : Columbia University Press, 2018. 340 p.

22. Rogers C. R. Client-centered therapy. Boston : Houghton Mifflin, 1951. 560 p.

Управління самоосвітньою діяльністю в умовах цифрової трансформації освіти

1. Adarkwah, M. A. (2024). GenAI-Infused Adult Learning in the Digital Era: A Conceptual Framework for Higher Education. Adult Learning, 36(3), 149-161. https://doi.org/10.1177/10451595241271161

2. Баран Р., Романчукевич М., Борин Н. (2025). Цифрові технології у соціальній роботі: світовий досвід і перспективи для України. *Ефективна економіка*. № 4. DOI : https://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.4.27

3. Білецький О. П. (2024). Інтеграція цифрових технологій у соціальну роботу: виклики та перспективи. *Публічне управління та соціальна робота*. Том 1. С. 38-42. DOI : https://doi.org/10.32782/3041-1319/2024-1-6

4. Борисенко Н., Гриценко І., Денисенко В., Сидоренко Н. (2020). Формування навичок самоосвітньої діяльності студентів педагогічних факультетів в умовах дистанційної освіти. *Social Work and Education*. Vol. 7, № 3. P. 325–337. DOI: DOI : https://doi.org/10.25128/2520-6230.20.3.7

5. Волошина Т. В. Використання гібридного хмароорієнтованого навчального середовища для формування самоосвітньої компетентності майбутніх фахівців з інформаційних технологій : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.10. Київ, 2018. 230 с.

6. Гермак О. Л. Педагогічні умови застосування електронних освітніх ресурсів у професійній підготовці майбутніх електромонтерів: дис. … канд. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2019. 333 с.

7. Давиденко Г. Цифрова інклюзія та доступність: соціальна діджиталізація: монографія. Вінниця: ТВОРИ, 2023. 240 с.

8. Дідківська О. (2025). Цифровізація соціальних послуг в Україні: досвід європейських країн і необхідність людського чинника. *Економіка і управління*. Вип. 3 DOI : https://doi.org/10.32782/2312-7872.3.2025.2

9. Каркач А., Семигина Т. (2021). Цифрові компетентності соціальних працівників як передумова готовності до навчання літніх людей. *Шлях науки: Міжнародний електронний науковий журнал.* 7(5), 5008-5018. DOI : https://doi.org/10.22178/pos.70-2

10. Касіянц С. Е. Формування самоосвітньої компетентності майбутніх економістів у процесі професійної підготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Миколаїв, 2017. 283 с.

11. Кирилюк В., Рябоконь І., Кіндій А. (2023). Цифрові соціальні сервіси у менеджменті соціального забезпечення. *Актуальні проблеми економіки* № 7 (265), DOI : https://doi.org/10.32752/1993-6788-2023-1-265-6-15

12. Кравченко О., Коляда Н. (2021). Підготовка Phd здобувачів до управління науковими проєктами: з досвіду реалізації ОНП «Соціальна робота». *Соціальна робота та соціальна освіта*. № 2(7). DOI : https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(7).2021.244877

13. Кращі практики: Платформа онлайн-освіти зі сталого розвитку Impactorium. URL : https://impactorium.orghttps://impactorium.org/uk/krashhi-praktiki/

14. Левченко Н. В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до молодіжної роботи: теорія і практика : монографія. Київ : Компринт, 2023. 429 с.

15. Лозинський О. (2023). Навчальні дисципліни соціально-психологічної тематики у підготовці соціальних працівників. *Публічне управління та соціальна робота.* Том 1. DOI : https://doi.org/10.32782/3041-1319/2023-1-6

16. Максимовська Н. О. (2024). Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників в умовах сучасних викликів. *Науковий вісник Сіверщини. Серія: Освіта. Соціальні та поведінкові науки*. № 2 (13). С. 124-135. DOI : https://doi.org/10.32755/sjeducation.2024.02.124

17. Мальований М., Бондаренко Н., Орлов І., Заярна В. (2024). Цифрова трансформація сфери соціальних послуг в Україні. *Успіхи і досягнення у науці. Серія «Соціальні та поведінкові науки»*. № 9(9). DOI :10.52058/3041-1254-2024-9(9)-1203-1216

18. Махиня Т. А. (2020). Інтеграція масових відкритих онлайн курсів у процес підготовки менеджерів освіти в умовах магістратури. *Адаптивне управління: теорія і практика. Серія «Педагогіка»* № 10 (19). DOI : https://doi.org/10.33296/2707-0255-10(19)-17

19. Махиня Т. А. (2025). Розвиток цифрової компетентності майбутніх фахівців в умовах формальної, неформальної та інформальної освіти. *Перспективи та інновації науки*. Випуск № 4(50). С. 657-674. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-657-674

20. Махиня Т. Розвиток дослідницької компетентності майбутніх менеджерів освіти засобами цифрових технологій в умовах магістратури. Адаптивне управління: теорія і практика. Серія Педагогіка. 2024. № 18 (35). DOI : https://doi.org/10.33296/2707-0255-18(35)-18

21. Організація та управління соціальними проєктами: роб. навч. прогр. дисц. для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 23 «Соціальна робота» спеціальності 231 «Соціальна робота» освітньо-наукової програми «Соціальна робота. Соціальна реабілітація» / уклад. Т. А. Махиня. Київ: ДЗВО «Університет менеджменту освіти».2024. 28 с. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744278

22. Письменна О. М. Формування самоосвітньої компетентності студентів медичного коледжу засобами технологій змішаного навчання : дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 015 Професійна освіта (цифрові технології) / наук. керівник - доктор педагогічних наук, професор О. О. Лаврентьєва ; Криворізький державний педагогічний університет. Кривий Ріг, 2025. 241 с.

23. Півень, Я. (2024). Педагогічні умови формування компетентності самостійного навчання у майбутніх бакалаврів економіки за допомогою технологій відкритого інформаційного освітнього середовища. *Адаптивне*

управління: теорія та практика. Серія Педагогіка , *19* (37). https://doi.org/10.33296/2707-0255-19(37)-21

24. Підгірний О.В. Формування самоосвітньої компетентності майбутніх учителів фізичної культури у процесі професійної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2021. 255 с.

25. Попова А., Мацейко Н. (2023). Цифрові технології у роботі соціального працівника. *Цифрові технології у професійній діяльності : матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (12-13 травня 2023)*. – Бердянськ. БДПУ, С. 125 – 131

26. Про затвердження професійного стандарту «Соціальний працівник»: наказ Міністерства соціальної політики України № 1049 від 04.07.2019 р. URL: https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/75-1049.pdf

27. Про затвердження професійного стандарту «Фахівець із соціальної роботи»: наказ Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України № 1179 від 20.06.2020 р. URL: https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/88-1179.pdf

28. Про затвердження стандарту за спеціальністю 231 Соціальна робота для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ МОН України від 24.04.2019 р. № 556. URL : https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/05/06/231-sotsialna-robota-magistr.pdf

29. Савельчук І. (2021). Механізми підвищення якості підготовки соціальних працівників. *Соціальна робота та соціальна освіта.* Вип. 2(7) С. 232-239. DOI: https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(7).2021.244658

30. Савельчук І., Бибик Д. (2022). Організація самостійної роботи студентів в умовах дистанційної освіти в галузі «Соціальна робота». *Науковий вісник Ужгородського національного університету : серія: Педагогіка. Соціальна робота* / гол. ред. О. Бартош. Ужгород : Говерла. Вип. 1 (50). С. 252–255

31. Семигіна Т., Карагодіна О. (2025). Штучний інтелект як виклик та ресурс для освіти у сфері соціальної роботи: огляд міжнародного досвіду. *Соціальна робота та соціальна освіта*. № 2(15). **DOI :** https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(15).2025.344788

32. Слозанська, Г., Стельмах, С., Криницька, І. (2022). Підвищення кваліфікації фахівців з соціальної роботи та соціальних менеджерів: досвід реалізації сертифікатної програми у ЗВО «Український католицький

університет». Social Work and Education, Vol. 9, No. 2. С. 226-244. DOI : https://doi.org/10.25128/2520-6230.22.2.4

33. Соціальний інноваційний проєкт «ОСВІТНІЙ ХАБ МІСТА КИЄВА» URL : https://eduhub.in.ua/about

34. Соціальні технології розвитку громади: роб. навч. прогр. дисц. для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 23 «Соціальна робота» спеціальності 231 «Соціальна робота» освітньо-наукової програми «Соціальна робота. Соціальна реабілітація» / уклад. Т. А. Махиня. Київ: ДЗВО «Університет менеджменту освіти».2025. 27 с. URL : https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746571

35. Ткачук Ю. (2023). Інноваційні методи розвитку soft skills у майбутніх соціальних працівників у закладі вищої освіти. *Ввічливість. Humanitas*, (4), С. 61–69. DOI: https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.9

36. Хлєбнікова Т. (2020). Самоосвіта як засіб розвитку професійної компетентності вчителя. *Адаптивне управління: теорія та практика. Серія Педагогіка* , *8* (15). DOI : https://doi.org/10.33296/2707-0255-8(15)-17

37. Цифрова трансформація освіти: штучний інтелект у сучасному освітньому просторі : науково-аналітична доповідь / О.М. Спірін, О.І. Ляшенко, С. Г. Литвинова, Ю.І. Мальований, О.П. Пінчук, О.М. Сокол / за наук. ред. В. Г. Кременя. Київ: ІЦО НАПН України, 2025. 100с.

РОЗДІЛ 9.
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Соціальна робота як професія нерозривно пов'язана з людиною – її внутрішнім світом, переживаннями, поведінкою та здатністю долати життєві труднощі. Щоб ефективно допомагати іншим, соціальний працівник має не лише володіти методами та технологіями соціальної роботи, а й розуміти психологічні механізми, які лежать в основі людської поведінки, міжособистісної взаємодії та адаптації до складних життєвих обставин.

Психологія і соціальна робота давно перебувають у тісному взаємозв'язку. Психологічні знання дають соціальному працівнику можливість глибше розуміти клієнта, його потреби, мотиви й ресурси; правильно оцінювати його стан; вибудовувати довірливі стосунки; а також обирати найбільш доцільні форми втручання та підтримки. Особливого значення ці знання набувають в умовах сучасних викликів – воєнних конфліктів, вимушеного переселення, соціальної нестабільності та масових травматичних подій, які ставлять перед фахівцями соціальної сфери принципово нові завдання.

Соціальна робота як професія передбачає не лише надання матеріальної допомоги чи соціальних послуг, а й активне сприяння вирішенню конфліктів, налагодженню діалогу та зміцненню соціальних зв'язків між людьми, групами та спільнотами. У сучасному суспільстві, яке характеризується зростанням соціальної нерівності, культурного розмаїття та наслідками збройних конфліктів, уміння конструктивно працювати з розбіжностями стає однією з ключових компетенцій фахівця соціальної сфери.

У цьому розділі розглядаються ключові психологічні концепції та підходи, що формують теоретичну основу професійної діяльності соціального працівника. Зокрема, увага приділяється психології особистості та її розвитку, механізмам психологічного захисту та стресостійкості, особливостям кризових станів і психологічної травми, проблемі виникнення посттравматичного розладу та посттравматичного зростання, конфліктологічній компетентності соціального працівника, моделям та етапам медіаційного процесу, методам фасилітації груп ових процесів, специфіці застосування цих технологій у роботі з різними цільовими групами та у контексті соціальних конфліктів. Окремо розглядаються питання медіації та фасилітації як практичних інструментів, що спираються на психологічні закономірності й широко застосовуються у соціальній роботі, а

також профілактики вигорання фахівців, які працюють у сфері вирішення конфліктів

Матеріал розділу спрямований на формування у майбутніх та практикуючих соціальних робітників цілісного психологічного мислення – здатності бачити за соціальною проблемою людину, розуміти внутрішній контекст її ситуації та діяти з урахуванням психологічних реалій її життя. Саме таке мислення є запорукою справді фахової, людиноцентрованої соціальної роботи. Кожна тема включає не лише теоретичний матеріал, а й практичні приклади, таблиці для порівняння та систематизації, а також питання та завдання для самостійного опрацювання.

9.1. Психологія травми і травмуючих подій

Вступ до психології травми

Психологічна травма є емоційною реакцією на подію або переживання, які сприймаються індивідом як надзвичайно загрозливі, руйнівні або непереборні. На відміну від повсякденного стресу, травматичний досвід порушує базове відчуття безпеки та здатність людини адаптуватися до навколишнього світу. За визначенням Д. Герман, психологічна травма виникає тоді, коли людина стикається з подією, що перевищує її звичні захисні механізми та руйнує відчуття контролю, зв'язку з іншими та сенсу.

Сучасне розуміння травми базується на біопсихосоціальній моделі, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників. Б. ван дер Колк підкреслює, що травма записується не лише у свідомості, а й у тілі. Травматичний досвід змінює нейрофізіологічні процеси, впливає на структуру та функціонування мозку, зокрема на мигдалеподібне тіло, гіпокамп та префронтальну кору.

Поняття психологічної травми формувалося протягом століть. У XIX ст. П. Жане описав явище дисоціації як захисної реакції психіки на нестерпний досвід. Зигмунд Фройд спершу пов'язував неврози з реальним травматичним досвідом, однак пізніше перемістив акцент на внутрішні конфлікти та фантазії. Під час Першої світової війни з'явився термін «снарядний шок» (shell shock), який описував психічні порушення у солдатів, що зазнали впливу бойових дій.

Після В'єтнамської війни у 1980 р. Американська психіатрична асоціація офіційно включила посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) до

Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III). Це стало переломним моментом у визнанні психологічної травми як самостійного клінічного явища. Подальші дослідження Бессела ван дер Колка, Джудіт Герман, Пітера Левіна та Франсін Шапіро значно поглибили розуміння механізмів травматизації та підходів до лікування.

Психоаналітичний підхід розглядає травму через призму витіснених переживань та несвідомих конфліктів. За Фройдом, травма є результатом порушення захисного бар'єру психіки, що призводить до переповнення афектом. Сучасні психоаналітики, зокрема Дональд Віннікотт, розвинули уявлення про ранню травму як порушення стосунків між дитиною та опікуном.

Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на дисфункціональних переконаннях та когнітивних схемах, що формуються внаслідок травми. Е. Фоа розробила теорію емоційної переробки, яка пояснює, як травматичні спогади зберігаються у вигляді патологічних мереж страху. Когнітивна модель Еллерса та Кларка пояснює хронізацію ПТСР через негативні оцінки травматичної події та порушення автобіографічної пам'яті.

Нейробіологічний підхід зосереджується на змінах у функціонуванні нервової системи. С. Порджес запропонував полівагальну теорію, яка пояснює реакції на загрозу через ієрархію автономних станів: соціальної залученості, мобілізації (боротьба/втеча) та іммобілізації (завмирання). Ця теорія надала нове розуміння фізіологічних основ травматичних реакцій.

Екологічний підхід враховує вплив соціального контексту, культурних чинників та системних нерівностей на переживання та наслідки травми. Л. Браун запропонувала концепцію «підступної травми» (insidious trauma), яка описує кумулятивний ефект повсякденної дискримінації та маргіналізації.

Класифікація та психофізіологічні механізми травм

Л. Терр запропонувала класифікацію травм на два типи. Травма I типу – це одноразова, раптова, несподівана подія (наприклад, автомобільна аварія, стихійне лихо, напад). Травма II типу – це повторювані, тривалі травматичні події (систематичне насильство, війна, полон). Травма II типу зазвичай має більш глибокі та стійкі наслідки для психіки, оскільки формує хронічні паттерни дисоціації та порушення прив'язаності.

За характером травмуючого чинника виділяють кілька основних категорій. Природні катастрофи включають землетруси, повені, урагани, пандемії. Техногенні катастрофи охоплюють аварії на виробництві, транспортні

катастрофи, екологічні лиха. Міжособистісне насильство включає фізичне, сексуальне, психологічне насильство, булінг, торгівлю людьми. Воєнна травма пов'язана з бойовими діями, тортурами, вимушеним переміщенням. Медична травма є наслідком тяжких діагнозів, хірургічних втручань, перебування в реанімації. Травма втрати охоплює раптову або насильницьку смерть близьких, множинні втрати.

Таблиця 9.1

Класифікація травм за Л. Терр (I та II тип)

Критерій	Травма I типу	Травма II типу
Характер події	Одноразова, раптова, несподівана	Повторювана, тривала, хронічна
Приклади	Аварія, стихійне лихо, напад, теракт	Домашнє насильство, тортури, війна, булінг
Пам’ять	Яскраві, детальні спогади	Фрагментовані, розмиті або амнезовані
Основний захист	Когнітивні спотворення, повторне переживання	Дисоціація, заціпеніння, дереалізація
Типовий діагноз	ПТСР (класичний)	Комплексний ПТСР (кПТСР)
Вплив на ідентичність	Обмежений; базові структури збережені	Глибокий; порушення Я-концепції, сором
Прогноз	Зазвичай сприятливий при лікуванні	Потребує тривалішої, фазової терапії

Реакція на травматичну подію активує складну систему нейрофізіологічних механізмів. Центральну роль відіграє вісь «гіпоталамус – гіпофіз – надниркові залози» (HPA-вісь). При сприйнятті загрози мигдалеподібне тіло активує гіпоталамус, який ініціює каскад гормональних реакцій, зокрема викид кортизолу та адреналіну. Ці гормони мобілізують організм для відповіді на небезпеку.

Під час травматичного досвіду гіпокамп, який відповідає за просторову та контекстуальну пам'ять, може порушувати свою функцію консолідації спогадів. Це призводить до фрагментації травматичної пам'яті: спогади зберігаються у вигляді розрізнених сенсорних фрагментів (зорових образів, звуків, запахів, тілесних відчуттів) без належної інтеграції у цілісний наратив. Ван дер Колк

описав це явище як «тіло веде рахунок» – травма залишається закодованою в соматичних відчуттях та рухових патернах.

Таблиця 9.2

Нейрохімічні системи стресової відповіді та їхні зміни при ПТСР

Нейрохімічна система	Роль у стресовій відповіді	Зміни при ПТСР	Терапевтичні імплікації
Кортизол (HPA-вісь)	Мобілізація енергії, імуномодуляція, зворотний зв'язок	Знижений базовий рівень, підвищена чутливість рецепторів, посилений зворотний зв'язок	Мішень для нормалізації через психотерапію та фармакотерапію
Норадре-налін (LC)	Пильність, увага, консолідація емоційної пам'яті	Хронічне підвищення; гіперреактивність LC	Празозин (нічні кошмари); пропранолол (реконсолідація пам'яті)
Серотонін (5-HT)	Регуляція настрою, імпульсного контролю, сну	Зниження серотонінергічної активності	СІЗЗС (сертралін, пароксетин) – перша лінія фармакотерапії
ГАМК	Основний гальмівний нейромедіатор; баланс збудження/гальмування	Зниження ГАМК-ергічної активності	Бензодіазепіни протипоказані при ПТСР; дослідження нейростероїдів
Ендокана-біноїди	Згасання реакцій страху, модуляція тривоги	Знижений рівень; порушення згасання страху	Потенціал каннабіноїдних препаратів (дослідження)
Ендогенні опіоїди	Стресова анальгезія, заспокоєння	Надмірний викид під час травми → заціпеніння, дисоціація	Налтрексон (дослідження при дисоціації)
Нейро-пептид Y	Анксіолітична та стресопротективна дія	Знижений рівень → підвищена вразливість	Біомаркер стресостійкості; потенційна терапевтична мішень
Окситоцин	Соціальна прив'язаність, довіра, зниження активності амігдали	Порушення при ранній травмі прив'язаності	Терапевтичні стосунки як шлях нормалізації; назальний окситоцин (дослідження)

Префронтальна кора, яка відповідає за логічне мислення, планування та регуляцію емоцій, під час інтенсивного стресу може значно знижувати свою активність. Це пояснює, чому під час та після травматичної події людині важко мислити раціонально, контролювати емоції та приймати виважені рішення.

Таблиця 9.3

Структури мозку, залучені у травматичну реакцію

Структура мозку	Функція в нормі	Зміни при травмі	Клінічні прояви
Мигдалеподібне тіло (амігдала)	Виявлення загрози, емоційна оцінка стимулів	Гіперактивація, знижений поріг реагування	Гіпервігільність, перебільшена реакція переляку, тривожність
Гіпокамп	Контекстуальна пам’ять, «часова мітка» спогадів	Зменшення об’єму, порушення функції консолідації	Фрагментовані спогади, флешбеки, дисоціативна амнезія
Префронтальна кора (ПФК)	Регуляція емоцій, гальмування амігдали, планування	Зниження активності, ослаблення кіркового контролю	Імпульсивність, труднощі з прийняттям рішень, емоційна дисрегуляція
Інсулярна кора (інсула)	Інтероцепція, тілесне самовідчуття	Гіперактивація або гіпоактивація	Соматичні симптоми або відчуття відокремлення від тіла
Зона Брока	Мовлення, вербалізація досвіду	Деактивація під час флешбеків	Нездатність «словами описати» травму
Передня поясна кора (ACC)	Виявлення конфліктів, регуляція болю	Зниження активності	Труднощі з розрізненням значущих і незначущих стимулів

С. Порджес у своїй полівагальній теорії описує три рівні автономної нервової системи, які активуються у відповідь на загрозу в певній ієрархічній послідовності. Найвищий рівень – вентральний вагальний комплекс – забезпечує стан соціальної залученості, спокою та здатності до зв'язку з іншими. Коли цей рівень не здатний забезпечити безпеку, активується симпатична нервова система, яка мобілізує реакції боротьби або втечі. Якщо і ці стратегії виявляються неефективними, активується дорсальний вагальний комплекс, який спричиняє іммобілізацію, завмирання, дисоціацію та колапс.

Таблиця 9.4

Полівагальна ієрархія автономних реакцій на загрозу

Система (за Порджесом)	Еволюцій-ний вік	Стан	Фізіологія	Суб'єктив-не пере-живання
Вентральний вагальний комплекс	Найновіший (лише ссавці)	Соціальна залученість, безпека	Ритмічне серцебиття, виразна міміка, просодія голосу	Спокій, контакт з іншими, відкритість
Симпатична нервова система	Давній	Мобілізація: боротьба / втеча	Прискорене серцебиття, м'язовий тонус, адреналін	Тривога, страх, гнів, паніка
Дорсальний вагальний комплекс	Найдавніший (рептилії)	Іммобілізація: завмирання / колапс	Уповільнення серцебиття, падіння тиску, м'язовий колапс	Заціпеніння, дисоціація, «вихід з тіла», безпорадність

Ці нейробіологічні механізми є адаптивними реакціями організму, спрямованими на виживання. Проблеми виникають, коли ці захисні реакції хронізуються та продовжують функціонувати після зникнення реальної загрози. П. Левін підкреслює значення завершення циклу реагування на загрозу для відновлення після травми, зазначаючи, що «незавершена» відповідь на загрозу залишається замкненою в нервовій системі.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш поширених та найкраще вивчених наслідків психологічної травми. Згідно з DSM-5 (American Psychiatric Association), ПТСР діагностується за наявності чотирьох кластерів симптомів, які тривають понад один місяць після травматичної події та спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення функціонування.

Інтрузивні симптоми включають повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади про травматичну подію; нічні кошмари, пов'язані з травмою; дисоціативні реакції (флешбеки), під час яких людина відчуває, ніби

травматична подія відбувається знову; інтенсивний психологічний дистрес та фізіологічні реакції при зіткненні з тригерами, що нагадують про травму.

Уникнення проявляється у наполегливих зусиллях уникати думок, почуттів або спогадів, пов'язаних із травматичною подією, а також зовнішніх нагадувань (людей, місць, ситуацій, діяльності), які викликають травматичні спогади.

Таблиця 9.5

Структура комплексного ПТСР (кПТСР) за МКХ-11

Компонент кПТСР	Симптоми	Типові прояви
ЯДРО ПТСР		
Повторне переживання	Флешбеки, нічні кошмари, нав’язливі образи	Переживання «тут і тепер», сенсорні спалахи, емоційне перевантаження
Уникнення	Уникнення думок, спогадів, місць, людей	Звуження життєвого простору, соціальна ізоляція
Відчуття загрози	Гіпервігільність, перебільшена реакція переляку	Постійне «сканування» середовища, неспроможність розслабитися
ПОРУШЕННЯ САМООРГАНІЗАЦІЇ (DSO)		
Дисрегуляція афекту	Емоційна гіперреактивність або заціпеніння; труднощі із заспокоєнням	Вибухи гніву, раптовий плач, емоційне «відключення», самоушкодження
Негативна Я-концепція	Стійке переживання себе як зламаного, нікчемного; глибокий сором	«Я зламаний», «Я нікчемний», хронічний сором, відчуття дефектності
Порушення стосунків	Труднощі з довірою, близькістю, підтриманням стосунків	Уникнення стосунків або хаотичні стосунки, ревіктимізація, ізоляція

Негативні зміни у когніціях та настрої включають неспроможність згадати важливі аспекти травматичної події; стійкі негативні переконання про

себе, інших або світ; спотворене відчуття провини або сорому; стійкий негативний емоційний стан; втрату інтересу до раніше значущої діяльності; відчуття відчуженості від інших; нездатність переживати позитивні емоції.

Зміни у збудженні та реактивності включають дратівливість та спалахи гніву; ризиковану або саморуйнівну поведінку; надмірну пильність (гіпервігільність); перебільшену реакцію переляку; труднощі з концентрацією; порушення сну.

Д. Герман запропонувала концепцію комплексного ПТСР (кПТСР) для опису наслідків тривалої, повторюваної травматизації, особливо в контексті міжособистісного насильства та ситуацій полону. У МКХ-11 кПТСР було офіційно визнано як окремий діагноз. Окрім основних симптомів ПТСР, кПТСР включає три додаткові кластери: порушення регуляції афекту (труднощі з управлінням емоціями, схильність до емоційних вибухів або емоційного заціпеніння); негативна Я-концепція (стійке відчуття себе як зламаного, нікчемного, безпорадного, що супроводжується глибоким соромом і виною); порушення стосунків (труднощі у підтриманні близьких стосунків, почуття відчуженості, недовіра до інших).

Таблиця 9.6

Фактори ризику та захисні фактори розвитку ПТСР

Фактори ризику розвитку ПТСР	Захисні фактори
Попередні психічні розлади	Високий рівень соціальної підтримки
Рання дитяча травматизація	Безпечна прив’язаність у дитинстві
Жіноча стать (для деяких типів травм)	Розвинені копінг-стратегії
Низький рівень соціальної підтримки	Когнітивна гнучкість
Генетична вразливість (5-HTTLPR, FKBP5)	Високий рівень нейропептиду Y (NPY)
Перитравматична дисоціація	Відчуття контролю та самоефективності
Висока суб’єктивна загрозливість	Здатність до ментелізації
Навмисний характер травми	Духовні та екзистенційні ресурси
Відсутність ранньої інтервенції	Рання психологічна допомога
Низький соціально-економічний статус	Залученість у громаду

Не кожна людина, яка переживає травматичну подію, розвиває ПТСР. Дослідження свідчать, що приблизно 60–90 % населення зазнають хоча б однієї травматичної події протягом життя, але ПТСР розвивається лише у 5–10 % випадків (Kessler et al., 2005). Фактори ризику включають: попередні психічні розлади, ранню дитячу травматизацію, жіночу стать (для деяких типів травм), низький рівень соціальної підтримки, генетичну вразливість, перитравматичну дисоціацію та високу суб'єктивну загрозу для життя.

Захисні фактори включають: високий рівень соціальної підтримки, наявність безпечних стосунків прив'язаності, розвинені копінг-стратегії, здатність до когнітивної гнучкості, відчуття контролю та самоефективності, духовні та екзистенційні ресурси. Концепція посттравматичного зростання описує позитивні зміни, які можуть відбуватися після боротьби з травматичним досвідом: поглиблення стосунків, відкриття нових можливостей, зміцнення особистісної сили, духовне зростання, підвищення цінності життя.

Діагностика травматичних станів

Діагностика травматичних станів потребує особливого підходу, заснованого на принципах травмоінформованого надання допомоги. Основними принципами є: безпека (фізична та емоційна); довіра та прозорість; підтримка з боку однолітків; співпраця та взаємність; розширення можливостей, голосу та вибору; урахування культурних, історичних та гендерних аспектів.

Клінічне інтерв'ю є основним методом діагностики травматичних станів. Воно має проводитися в безпечному, конфіденційному середовищі з урахуванням можливості ретравматизації. Клініцист повинен бути чутливим до ознак дисоціації, емоційного перевантаження та ознак активації захисних реакцій у клієнта. Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (SCID-5) та Клінічне інтерв'ю для оцінки ПТСР (CAPS-5) є золотим стандартом діагностики ПТСР.

Серед найбільш поширених стандартизованих інструментів діагностики травматичних станів виділяють декілька категорій. Скринінгові інструменти призначені для швидкого виявлення можливих травматичних станів. До них належать: Опитувальник травматичних подій (Life Events Checklist, LEC-5), Коротка шкала скринінгу ПТСР (Primary Care PTSD Screen, PC-PTSD-5), Шкала впливу подій – переглянута (Impact of Event Scale – Revised, IES-R).

Таблиця 9.7

Порівняння діагностичних критеріїв ПТСР: DSM-5 та МКХ-11

Параметр	DSM-5 (APA, 2013)	МКХ-11 (ВООЗ, 2019)
Кількість кластерів	4 (інтрузії, уникнення, негативні когніції/настрій, збудження)	3 (повторне переживання, уникнення, відчуття загрози)
Загальна к-сть симптомів	20 симптомів	6 симптомів (по 2 у кожному кластері)
Мін. к-сть для діагнозу	≥ 1(B) + ≥ 1(C) + ≥ 2(D) + ≥ 2(E) = мін. 6	≥ 1 з кожного кластеру = мін. 3
Негативні когніції / настрій	Окремий кластер D (7 симптомів)	Не включені до ПТСР; входять до кПТСР або діагностуються як коморбідність
Комплексний ПТСР	Відсутній як окремий діагноз	Окремий діагноз: ПТСР + порушення самоорганізації (DSO)
Дисоціативний підтип	Так (деперсоналізація / дереалізація)	Ні (окремого підтипу немає)
Специфікатор відстроченого початку	Так (≥ 6 місяців після події)	Так (може бути відстроченим)
Критерій для дітей	Окремий підтип для дітей ≤ 6 р.	Без окремого підтипу; вікові адаптації в описі

Діагностичні інструменти забезпечують поглиблену оцінку. Шкала оцінки ПТСР за допомогою клінічного інтерв'ю (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS-5) є золотим стандартом клінічної діагностики ПТСР. Контрольний список симптомів ПТСР (PTSD Checklist, PCL-5) – самозвітний опитувальник, що оцінює тяжкість симптомів за DSM-5. Опитувальник дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) оцінює ранній травматичний досвід.

Інструменти оцінки дисоціації включають Шкалу дисоціативного досвіду (Dissociative Experiences Scale, DES), Опитувальник соматоформної дисоціації (Somatoform Dissociation Questionnaire, SDQ-20) та Структуроване інтерв'ю для оцінки дисоціативних розладів (SCID-D).

Таблиця 9.8

Основні стандартизовані інструменти діагностики травматичних станів

Інструмент	Тип	Призначення
CAPS-5	Клінічне інтерв'ю	Золотий стандарт діагностики ПТСР; оцінка тяжкості за DSM-5
PCL-5	Самозвітний опитувальник	Оцінка тяжкості симптомів ПТСР; скринінг та моніторинг
IES-R	Самозвітний опитувальник	Шкала впливу подій; оцінка інтрузій, уникнення, гіперзбудження
LEC-5	Скринінг подій	Опитувальник травматичних подій; ідентифікація травматичного досвіду
CTQ	Самозвітний опитувальник	Опитувальник дитячої травми; ретроспективна оцінка ACE
DES-II	Самозвітний опитувальник	Шкала дисоціативного досвіду; скринінг дисоціативних розладів
ITQ	Самозвітний опитувальник	Міжнародний опитувальник травми; діагностика ПТСР та кПТСР за МКХ-11
PC-PTSD-5	Короткий скринінг	5 питань для первинної ланки медичної допомоги

Симптоми травматичних станів можуть перетинатися з іншими психічними розладами, що потребує ретельної диференціальної діагностики. ПТСР необхідно відрізняти від гострого стресового розладу (тривалість менше одного місяця); розладів адаптації (менш інтенсивна симптоматика); депресивних розладів (переважання ангедонії та пригніченого настрою); тривожних розладів (відсутність зв'язку з конкретною травматичною подією); дисоціативних розладів (дисоціація як основна симптоматика); прикордонного розладу особистості (може бути коморбідним або мати спільний етіологічний зв'язок із ранньою травмою).

Важливо враховувати високий рівень коморбідності ПТСР з іншими розладами. За даними досліджень, до 80 % осіб із ПТСР мають принаймні один коморбідний діагноз, найчастіше – депресію, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами та соматоформні розлади.

Таблиця 9.9

Кластери симптомів ПТСР за DSM-5 та їхній нейробіологічний субстрат

Кластер	Симптоми (≥ необхідна к-сть)	Нейробіологічний субстрат
B. Інтрузії (потрібно ≥ 1)	B1. Нав'язливі спогади B2. Нічні кошмари B3. Флешбеки (дисоціативні реакції) B4. Психологічний дистрес при тригерах B5. Фізіологічні реакції при тригерах	Гіперактивність амігдали Порушення консолідації гіпокампу Надмірна норадренергічна активність Домінування імпліцитної пам'яті
C. Уникнення (потрібно ≥ 1)	C1. Уникнення внутрішніх нагадувань (думок, почуттів, спогадів) C2. Уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, ситуацій)	Оперантне обумовлення (негативне підкріплення) Перешкоджає згасанню реакцій страху Знижена ендоканабіноїдна активність
D. Негативні когніції та настрій (потрібно ≥ 2)	D1. Дисоціативна амнезія D2. Негативні переконання про себе / світ D3. Спотворена провина або звинувачення D4. Стійкий негативний емоційний стан D5. Втрата інтересу до діяльності D6. Відчуття відчуженості D7. Нездатність переживати позитивні емоції	Порушення серотонінергічної системи Зниження активності вентрального вагусу Дисфункція системи винагороди (дофамін) Зниження об'єму гіпокампу
E. Збудження та реактивність (потрібно ≥ 2)	E1. Дратівливість і спалахи гніву E2. Ризикована / саморуйнівна поведінка E3. Гіпервігільність E4. Перебільшена реакція переляку E5. Труднощі з концентрацією E6. Порушення сну	Хронічна симпатична активація Підвищений рівень норадреналіну Дисрегуляція HPA-вісі Зниження ГАМК-ергічної активності Порушення функцій ПФК

Дитяча травма та її наслідки

Дитяча психологічна травма має низку особливостей, що відрізняють її від травми дорослих. Незрілість нервової системи та психічних структур робить дитину особливо вразливою до травматичного досвіду. Б. Перрі підкреслює, що

травма в ранньому дитинстві може порушити нормальний розвиток мозку, оскільки нервова система формується в залежності від досвіду. Це означає, що хронічний стрес або насильство можуть змінити архітектуру мозку, який розвивається, впливаючи на системи стресової регуляції, емоційної обробки та соціального функціонування.

Існує зв'язок між ранніми травматичними переживаннями та подальшими проблемами фізичного та психічного здоров'я. До несприятливого дитячого досвіду відносять: фізичне, сексуальне та емоційне насильство; фізичне та емоційне нехтування; дисфункцію сім'ї (психічні розлади батьків, домашнє насильство, розлучення, ув'язнення батьків, зловживання психоактивними речовинами). Дослідження ACE показало дозозалежний ефект: чим більше категорій несприятливого досвіду пережила людина в дитинстві, тим вищий ризик розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, депресії, залежностей та передчасної смерті.

Таблиця 9.10

Дослідження несприятливого дитячого досвіду (ACE Study)

Категорії несприятливого дитячого досвіду (ACE)	Наслідки (дозозалежний ефект)
Насильство: 1. Фізичне насильство 2. Сексуальне насильство 3. Емоційне насильство **Нехтування:** 4. Фізичне нехтування 5. Емоційне нехтування **Дисфункція сім'ї:** 6. Домашнє насильство (проти матері) 7. Зловживання речовинами в сім'ї 8. Психічні розлади у батьків 9. Розлучення або розлука батьків 10. Ув'язнення члена сім'ї	**Психічне здоров'я:** Депресія, ПТСР, тривожні розлади Суїцидальність, самоушкодження Залежності (алкоголь, наркотики) **Фізичне здоров'я:** Серцево-судинні захворювання Діабет II типу, ожиріння Автоімунні захворювання Хронічний біль **Соціальне функціонування:** Труднощі у стосунках Зниження працездатності Ревіктимізація ***ACE ≥ 4 → ризик зростає у 4–12 разів***

Теорія прив'язаності Д. Боулбі та подальші дослідження М. Ейнсворт стали фундаментом для розуміння впливу ранніх стосунків на психічний розвиток. Коли основний опікун є джерелом як комфорту, так і загрози

(наприклад, у випадках насильства або нехтування), у дитини формується дезорганізований тип прив'язаності. Це створює парадоксальну ситуацію, коли дитина одночасно прагне наблизитися до опікуна для захисту і боїться його.

Дезорганізована прив'язаність є потужним предиктором подальших психічних проблем, включаючи дисоціативні розлади, труднощі з регуляцією емоцій, проблеми у стосунках та підвищену вразливість до повторної травматизації. А. Шор описав нейробіологічні механізми впливу ранньої прив'язаності на розвиток правої півкулі мозку, яка відповідає за емоційну регуляцію та обробку невербальної інформації.

Наслідки дитячої травми можуть проявлятися протягом усього життя. Концепція «порушення розвитку, пов'язаного з травмою» (developmental trauma disorder) описує комплексний вплив ранньої хронічної травматизації на розвиток. Основні сфери порушень включають: регуляцію афекту та імпульсів (труднощі з управлінням емоціями, агресія, саморуйнівна поведінка); увагу та свідомість (дисоціація, порушення концентрації); самосприйняття (порушення образу тіла, негативна самооцінка, сором); стосунки (недовіра, труднощі з близькістю, ревіктимізація); соматизацію (хронічний біль, психосоматичні захворювання); системи значень (відчай, втрата віри, почуття безнадії).

Концепція міжпоколінної передачі травми описує механізми, через які наслідки травми передаються від батьків до дітей. Ці механізми включають епігенетичні зміни (зміни у експресії генів без зміни послідовності ДНК), порушення батьківської поведінки, моделювання дисфункціональних копінг-стратегій та передачу несвідомого матеріалу через стосунки прив'язаності.

Психотерапевтичні підходи до роботи з травмою

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш досліджених та доказово ефективних методів лікування ПТСР. Тривала експозиційна терапія (Prolonged Exposure, PE) базується на теорії емоційної переробки та включає два основні компоненти: уявну експозицію (повторний переказ травматичного спогаду) та експозицію in vivo (поступове зіткнення з безпечними ситуаціями, яких клієнт уникає через їхній зв'язок із травмою).

Когнітивна процесуальна терапія (Cognitive Processing Therapy, CPT) фокусується на виявленні та модифікації дисфункціональних переконань, пов'язаних із травмою, – так званих «застряглих точок» (stuck points). Клієнт навчається розпізнавати когнітивні спотворення (наприклад, самозвинувачення, надмірну генералізацію загрози) та розвивати більш адаптивні переконання.

Терапія когнітивної переробки Еллерса та Кларка (Ehlers & Clark, 2000) спрямована на модифікацію негативних оцінок травми та її наслідків, а також на покращення інтеграції травматичного спогаду в автобіографічну пам'ять через техніки оновлення травматичного спогаду та когнітивної реструктуризації.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – метод, розроблений Ф. Шапіро, який використовує білатеральну стимуляцію (рухи очей, тактильну або аудіальну стимуляцію) для полегшення переробки травматичних спогадів. Метод базується на моделі адаптивної переробки інформації (AIP), яка постулює, що психічне здоров'я залежить від здатності мозку обробляти та інтегрувати досвід.

EMDR включає вісім фаз: збір анамнезу та планування; підготовка клієнта; оцінка цільового спогаду; десенсибілізація з білатеральною стимуляцією; інсталяція позитивного переконання; сканування тіла; завершення сесії; переоцінка на наступній сесії. Численні рандомізовані контрольовані дослідження та мета-аналізи підтвердили ефективність EMDR у лікуванні ПТСР, і цей метод рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я як один із двох методів першої лінії.

Соматичне переживання (Somatic Experiencing, SE) ґрунтується на спостереженні, що тварини у дикій природі рідко розвивають травматичні розлади завдяки здатності завершувати цикл захисної реакції. SE фокусується на відстеженні тілесних відчуттів (felt sense) та поступовому завершенні «заморожених» захисних реакцій через техніки титрування (поступового наближення до травматичного матеріалу) та маятника (чергування між ресурсними та травматичними станами).

Сенсомоторна психотерапія інтегрує тілесно-орієнтовані інтервенції з когнітивними та емоційними процесами. Цей підхід працює з «вікном толерантності» – зоною оптимального збудження, в якій людина здатна обробляти інформацію та регулювати емоції. Травма може звужувати це вікно, призводячи до коливань між гіперзбудженням (тривога, паніка, гнів) та гіпозбудженням (заціпеніння, відсутність емоцій, дисоціація).

Наративна експозиційна терапія (NET) поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії та наративного підходу. Клієнт створює хронологічний наратив свого життя, інтегруючи травматичні події у цілісну життєву історію. NET особливо ефективна для роботи з особами, які пережили множинні травми, зокрема біженцями та ветеранами.

Терапія прийняття і відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) пропонує альтернативний підхід до роботи з травмою, фокусуючись не на зменшенні симптомів, а на підвищенні психологічної гнучкості. ACT допомагає клієнту розвинути здатність бути присутнім у теперішньому моменті, приймати внутрішній досвід без боротьби з ним та робити дії, узгоджені з особистими цінностями, навіть за наявності болісних переживань.

Таблиця 9.11

Порівняння основних психотерапевтичних підходів до роботи з травмою

Метод	Основний механізм	Ключові техніки	Показання
Тривала експозиція (PE)	Емоційна переробка; активація та модифікація «структури страху»	Уявна експозиція, експозиція in vivo, психоедукація, дихання	Класичний ПТСР (травма I типу)
Когнітивна процесуальна терапія (CPT)	Модифікація дисфункціональних переконань – «застряглих точок»	Письмовий звіт про травму, сократичне опитування, робочі аркуші	ПТСР із вираженими когнітивними спотвореннями
EMDR	Адаптивна переробка інформації через білатеральну стимуляцію	Рухи очей, тактильна стимуляція, 8-фазний протокол	ПТСР; рекомендовано ВООЗ як метод першої лінії
Соматичне переживання (SE)	Завершення «заморожених» захисних реакцій у тілі	Відстеження тілесних відчуттів, титрування, маятник	Травма з вираженим соматичним компонентом
Сенсомоторна психотерапія	Розширення «вікна толерантності», інтеграція рівнів обробки	Робота з тілом, рухом, позою, відстеження сенсомоторних реакцій	Комплексна травма, дисоціація
Наративна експозиційна терапія (NET)	Інтеграція травматичних подій у цілісний життєвий наратив	Хронологічна «лінія життя», розповідь історії, документування	Множинні травми; біженці, ветерани

Для лікування комплексного ПТСР Д. Герман запропонувала трифазову модель, яка стала основою сучасного підходу до роботи зі складною травмою. Перша фаза – стабілізація та забезпечення безпеки – спрямована на створення безпечного терапевтичного середовища, навчання навичок регуляції емоцій та управління симптомами. Друга фаза – переробка травматичного матеріалу – включає безпосередню роботу з травматичними спогадами та переживаннями. Третя фаза – реінтеграція та відновлення зв'язків – спрямована на відновлення ідентичності, побудову нових стосунків та реінтеграцію у соціальне життя.

Таблиця 9.12

Трифазова модель лікування комплексної травми

Фаза	Мета	Основні завдання	Методи / техніки
Фаза 1. Стабілізація та безпека	Створення безпечного середовища; стабілізація симптомів; розвиток навичок регуляції	Забезпечення фізичної безпеки Психоедукація про травму Навички емоційної регуляції Робота з дисоціацією Кризове планування	Техніки заземлення (5-4-3-2-1) Діафрагмальне дихання Візуалізація «безпечного місця» Контейнування Психоедукація
Фаза 2. Переробка травми	Інтеграція травматичного досвіду; переробка спогадів; зміна переконань	Переробка травматичних спогадів Оплакування втрат Когнітивна реструктуризація Інтеграція фрагментованого досвіду	Тривала експозиція (PE) EMDR Когнітивна процесуальна терапія (CPT) Наративна експозиція (NET) Соматичне переживання (SE)
Фаза 3. Реінтеграція	Відновлення зв’язків; побудова нової ідентичності; повернення до повноцінного життя	Відновлення стосунків Професійна реінтеграція Пошук нових сенсів Побудова нового Я-наративу	Групова терапія Терапія прийняття (ACT) Екзистенційна терапія Громадська активність Наставництво

Профілактика вторинної травматизації та самодопомога

Вторинна травматизація (secondary traumatic stress) – це природна реакція фахівців-допомагачів, яка виникає внаслідок роботи з травмованими клієнтами. Ч. Фіглі описав це явище як «вартість піклування» (cost of caring). Вторинна травматизація може проявлятися симптомами, подібними до ПТСР: інтрузивні образи та думки, пов'язані з травматичним досвідом клієнтів; уникнення матеріалу, пов'язаного з травмою; емоційне заціпеніння; підвищене збудження та тривожність.

Вікаріозна (заступна) травматизація є глибинною трансформацією когнітивних схем фахівця, яка виникає через кумулятивний вплив емпатичної роботи з травмованими клієнтами. Вона може змінювати базові переконання фахівця про безпеку, довіру, контроль, самооцінку та близькість.

Професійне вигорання, хоча й відрізняється від вторинної травматизації, часто співіснує з нею. Є три компоненти вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинічне ставлення до клієнтів) та зниження відчуття особистих досягнень.

Профілактика вторинної травматизації потребує системного підходу на індивідуальному, організаційному та професійному рівнях. На індивідуальному рівні важливими є: підтримка балансу між роботою та особистим життям; регулярна фізична активність, яка сприяє регуляції нервової системи; практики усвідомленості (mindfulness), що допомагають залишатися в теперішньому моменті та не ідентифікуватися з травматичним матеріалом клієнтів; підтримка соціальних зв'язків поза професійним контекстом; діяльність, що приносить задоволення та наповнює ресурсом.

На організаційному рівні важливим є: забезпечення регулярної супервізії, особливо для фахівців, які працюють із травмою; обмеження навантаження травматичними випадками; створення підтримувальної робочої атмосфери; надання можливостей для інтервізії та колегіальної підтримки; розробка протоколів для роботи з критичними інцидентами.

Концепція втоми від співчуття (compassion fatigue) підкреслює необхідність не лише самопіклування, а й розвитку «задоволення від співчуття» (compassion satisfaction) – відчуття глибокого сенсу та задоволення від допомоги іншим, яке може бути захисним фактором проти вигорання.

Техніки заземлення (grounding) є важливим компонентом як самодопомоги фахівців, так і роботи з клієнтами. Ці техніки допомагають

повернути увагу до теперішнього моменту та знизити рівень дисоціації або емоційного перевантаження. До основних технік належать: техніка «5-4-3-2-1» (назвати 5 речей, які бачиш, 4 звуки, які чуєш, 3 тактильні відчуття, 2 запахи, 1 смак); глибоке діафрагмальне дихання; візуалізація безпечного місця; прогресивна м'язова релаксація; техніки сенсорної стимуляції (холодна вода, сильні запахи, текстури).

Таблиця 9.13

Порівняння вторинної травматизації та професійного вигорання

Параметр	Вторинна травматизація	Професійне вигорання
Визначення	Травматична реакція внаслідок емпатичної роботи з травмованими клієнтами	Виснаження внаслідок хронічного професійного стресу
Початок	Може виникнути раптово, навіть після одного випадку	Розвивається поступово, поступове наростання
Симптоми	Подібні до ПТСР: інтрузії, уникнення, гіперзбудження, флешбеки	Емоційне виснаження, деперсоналізація (цинізм), зниження продуктивності
Механізм	Емпатична залученість до травматичного матеріалу клієнта	Хронічне перевантаження, нестача ресурсів, організаційний стрес
Що уражується	Базові переконання про безпеку, довіру, контроль, сенс	Мотивація, енергія, ставлення до роботи та клієнтів
Специфіка	Виникає саме через контакт із травмою клієнтів	Може виникнути в будь-якій професії
Профілактика	Супервізія, обмеження травматичних випадків, самопіклування	Баланс навантаження, організаційна підтримка, відновлення

Психологічна травма в контексті воєнних дій та збройних конфліктів

Воєнна травма має специфічні характеристики, які відрізняють її від інших видів психологічної травматизації. На відміну від більшості цивільних травм, воєнна травма є системною, тривалою та багатоаспектною. Вона може включати безпосередній бойовий досвід; свідчення загибелі та поранень товаришів; необхідність завдавати шкоди або вбивати противника; перебування

в полоні; обстріли та бомбардування; вимушене переміщення; втрату житла та майна; руйнування соціальних структур та громад.

Д. Шей описав концепцію «моральної травми» (moral injury) – глибокого психологічного страждання, яке виникає внаслідок дій (або бездіяльності), що суперечать моральним переконанням та цінностям людини. Моральна травма може виникати, коли військовослужбовець змушений виконувати або бути свідком дій, які він вважає морально неприйнятними, або коли він відчуває зраду з боку командування або інститутів, яким довіряв.

Цивільне населення в зонах збройних конфліктів зазнає масштабної та різноманітної травматизації. Окрім безпосередньої загрози життю від обстрілів, бомбардувань та мінної небезпеки, цивільні переживають вимушене переміщення, руйнування домівок та інфраструктури, втрату близьких людей, розлуку з родиною, економічні труднощі, порушення доступу до медичної допомоги та освіти, а також тривалу невизначеність щодо майбутнього.

В контексті повномасштабного вторгнення Росії в Україну з лютого 2022 р. мільйони людей зазнали різних форм травматизації. Дослідження засвідчують надзвичайно високий рівень поширеності ПТСР, депресії та тривожних розладів серед населення, що постраждало від бойових дій. Особливо вразливими групами є діти, люди похилого віку, особи з інвалідністю та внутрішньо переміщені особи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у постконфліктних суспільствах поширеність психічних розладів може досягати 22 % населення.

Система психологічної підтримки військовослужбовців включає три рівні інтервенцій. На етапі підготовки – це психоедукація щодо нормальних реакцій на стрес, навчання навичок стресостійкості та емоційної регуляції, зміцнення групової згуртованості. На етапі бойових дій – це психологічна перша допомога (PFA), короткострокові кризові інтервенції, підтримка морального духу та групової підтримки. На етапі повернення – це скринінг психічного здоров'я, програми реадаптації та реінтеграції, спеціалізована психотерапія для лікування ПТСР та коморбідних станів.

Реінтеграція ветеранів у мирне життя є складним багаторівневим процесом, який охоплює психологічний, соціальний, професійний та екзистенційний виміри. Ветерани можуть переживати труднощі з адаптацією до цивільного життя, відчуття нерозуміння з боку оточення, складності у стосунках із сім'єю, проблеми з працевлаштуванням та пошуком нових сенсів. Програми підтримки ветеранів мають бути комплексними та включати не лише

психотерапію, але й соціальну підтримку, професійну реабілітацію, залучення сімей та громад.

Війна створює не лише індивідуальну, а й колективну травму – пошкодження соціальної тканини суспільства. К. Еріксон описав колективну травму як «удар по зв'язках, що з'єднують людей, та пошкодження відчуття спільності». Колективна травма порушує довіру між людьми та до інститутів, руйнує соціальні норми, поляризує суспільство та може призводити до культури насильства.

Процес колективного зцілення потребує комплексних зусиль на рівні суспільства. Д. Герман підкреслює, що відновлення після травми можливе лише в контексті стосунків. На суспільному рівні це включає визнання травматичного досвіду, створення наративу, що включає переживання всіх постраждалих, відновлення довіри до соціальних інститутів, розвиток громадських ініціатив взаємопідтримки, меморіалізацію та пам'ять. Травмоінформований підхід на рівні державної політики означає врахування впливу масової травматизації у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, правосуддя та державного управління.

9.2. Соціальна медіація та фасилітація

Вступ до соціальної медіації та фасилітації

Медіація (від лат. mediare – бути посередником) – це структурований процес вирішення конфлікту за участі нейтральної третьої сторони (медіатора), яка допомагає учасникам конфлікту вести переговори та дійти до взаємоприйнятного рішення. На відміну від судового розгляду або арбітражу, медіація не передбачає винесення обов'язкового рішення третьою стороною: відповідальність за результат залишається на учасниках процесу.

Сучасна медіація як професійна практика почала формуватися у 1960–1970-х рр. США, насамперед у контексті трудових спорів, сімейних конфліктів та громадських суперечок. У Європі розвиток медіації був значною мірою пов'язаний із прийняттям Директиви ЄС 2008/52/ЄС про певні аспекти медіації у цивільних та комерційних справах.

Фасилітація (від лат. facilis – легкий) – це технологія організації групової роботи, спрямована на забезпечення ефективного процесу обговорення, прийняття рішень та спільної діяльності. Фасилітатор – це нейтральний провідник групового процесу, який не впливає на зміст обговорення, а

забезпечує його структуру, рівноправну участь усіх членів групи та досягнення поставлених цілей.

Поняття фасилітації як професійної практики сформувалося у 1970–1980-х роках завдяки роботам С. Шварца, Р. Хоґана та Д. Хантера. Міжнародна асоціація фасилітаторів (IAF), заснована у 1994 році, розробила систему компетенцій фасилітатора та етичний кодекс, які стали орієнтиром для підготовки фахівців у всьому світі.

Медіація та фасилітація мають як спільні риси, так і суттєві відмінності. Обидві технології передбачають нейтральність третьої сторони, добровільність участі та орієнтацію на конструктивний діалог. Однак медіація фокусується на вирішенні конкретного конфлікту між визначеними сторонами, тоді як фасилітація спрямована на організацію ефективного групового процесу, який може включати, але не обмежується вирішенням конфлікту.

Таблиця 9.14

Порівняння медіації та фасилітації

Критерій	Медіація	Фасилітація
Мета	Вирішення конкретного конфлікту між сторонами	Організація ефективного групового процесу
Учасники	Сторони конфлікту (зазвичай 2–3 сторони)	Група (від кількох осіб до великих спільнот)
Роль третьої сторони	Медіатор – нейтральний посередник у переговорах	Фасилітатор – нейтральний провідник групового процесу
Фокус	Інтереси та потреби сторін конфлікту	Процес групової взаємодії та прийняття рішень
Результат	Медіаційна угода між сторонами	Спільне рішення, план дій, розуміння
Структура	Чітко визначені етапи медіаційного процесу	Гнучкий дизайн сесії залежно від мети
Конфіденційність	Висока (принцип конфіденційності)	Зазвичай нижча; результати часто публічні
Застосування в соц. роботі	Сімейні спори, конфлікти у громаді, трудові спори	Робота з групами, командна робота, стратегічне планування

Нормативно-правове забезпечення медіації в Україні формувалося поступово. Тривалий час медіація існувала переважно як громадська ініціатива та практика неурядових організацій. Закон України «Про медіацію» від 16 листопада 2021 р. (набрав чинності 15 липня 2022 р.) став важливим кроком у легалізації та інституціоналізації медіації. Цей закон визначає правові засади проведення медіації, статус медіатора, принципи медіаційного процесу та правовий статус медіаційної угоди.

У міжнародній практиці медіація регулюється рядом нормативних документів, серед яких: Типовий закон ЮНСІТРАЛ про міжнародну комерційну медіацію (2002, оновлений у 2018 р.); Сингапурська конвенція про медіацію (2019); Директива ЄС 2008/52/ЄС; Рекомендації Ради Європи щодо медіації у різних сферах (сімейна, кримінальна, цивільна медіація).

Принципи медіації складають фундамент, на якому будується весь медіаційний процес. Добровільність означає, що участь у медіації є вільним вибором кожної сторони; жодна сторона не може бути примушена до участі або до прийняття будь-якого рішення. Нейтральність (безсторонність) передбачає, що медіатор не має власного інтересу у результаті конфлікту та однаково ставиться до всіх сторін. Конфіденційність означає, що інформація, отримана під час медіації, не може бути розголошена без згоди сторін та не може використовуватися в подальших судових процесах. Самовизначення сторін полягає у тому, що саме сторони конфлікту є головними дійовими особами та приймають рішення щодо результату.

Принципи фасилітації включають: інклюзивність (забезпечення можливості участі для всіх членів групи, незалежно від їхнього статусу, досвіду чи позиції); прозорість (відкритість щодо процесу, правил та очікувань); фокус на процесі (фасилітатор відповідає за процес, а група – за зміст); повагу до різноманітності (визнання та цінування різних перспектив та точок зору); відповідальність групи (рішення належить групі, а не фасилітатору).

Роль медіатора та фасилітатора в системі соціальних послуг має свою специфіку. Соціальний працівник, який виступає як медіатор чи фасилітатор, має балансувати між своєю основною професійною роллю (надання допомоги клієнтам) та вимогами нейтральності, притаманними медіації та фасилітації. Це потребує чіткого розуміння меж ролей та здатності переключатися між ними.

Етичні засади медіаційної та фасилітаційної діяльності включають: повагу до гідності та автономії учасників; забезпечення інформованої згоди; дотримання конфіденційності; уникнення конфлікту інтересів; підтримку

балансу сил між сторонами; відмову від маніпуляцій та тиску; забезпечення безпеки учасників; визнання меж власної компетенції та звернення за допомогою до інших фахівців за потреби. Європейський кодекс поведінки медіаторів (2004), Етичний кодекс Міжнародної асоціації фасилітаторів та Закон України «Про медіацію» визначають основні етичні стандарти діяльності.

Таблиця 9.15

Етичні засади діяльності медіатора та фасилітатора

Етичний принцип	Зміст	Практичне застосування	Можливі порушення
Нейтральність	Однакове ставлення до всіх сторін; відсутність упереджень	Рівний розподіл часу; уникнення оціночних суджень; контроль невербальної комунікації	Вияв симпатії до однієї сторони; нав'язування свого бачення
Конфіденційність	Нерозголошення інформації, отриманої під час медіації	Підписання угоди про конфіденційність; безпечне зберігання документів	Обговорення деталей з третіми особами; використання інформації у суді
Інформована згода	Повне інформування учасників про процес, права та обмеження	Детальне пояснення процедури; відповіді на всі запитання; підписання згоди	Приховування обмежень медіації; тиск на участь
Компетентність	Робота в межах своєї кваліфікації та досвіду	Постійне підвищення кваліфікації; супервізія; направлення до інших фахівців за потреби	Проведення медіації у сфері, де бракує знань
Самовизначення сторін	Право сторін приймати власні рішення	Невтручання у зміст рішень; підтримка автономії сторін	Нав'язування рішень; маніпулювання процесом
Безпека	Забезпечення фізичної та емоційної безпеки учасників	Оцінка ризиків; план безпеки; право на припинення сесії	Ігнорування ознак насильства; продовження медіації за наявності загрози

Важливим аспектом етичної практики є здатність медіатора та фасилітатора розпізнавати ситуації, в яких їхня нейтральність може бути скомпрометована. Це може відбуватися через особисті зв'язки з учасниками,

власний досвід подібних конфліктів, культурні чи ідеологічні упередження. У таких випадках фахівець має або відкрито обговорити свої обмеження з учасниками, або передати справу іншому медіатору чи фасилітатору.

Роль медіатора у системі соціальних послуг набуває особливого значення в контексті реформи соціальної сфери в Україні. Закон України «Про соціальні послуги» (2019) передбачає надання послуг з медіації як одного з видів соціальних послуг. Це створює правову основу для інституціоналізації медіації у системі соціального захисту та формування відповідної інфраструктури на рівні громад. Центри надання соціальних послуг можуть включати медіацію до переліку доступних послуг, що розширює можливості мирного вирішення конфліктів для різних категорій населення.

Фасилітатор у системі соціальних послуг може виконувати низку важливих функцій: організація та ведення міждисциплінарних нарад щодо ведення випадку (case conferences); фасилітація групових сесій для клієнтів (групи підтримки, терапевтичні групи, групи самодопомоги); організація громадських обговорень щодо планування та оцінки соціальних послуг; ведення робочих зустрічей колективів соціальних установ; фасилітація процесів стратегічного планування на рівні громади.

Теоретичні основи конфліктології в соціальній роботі

Конфлікт – це зіткнення протилежних інтересів, цілей, позицій або поглядів двох чи більше сторін. У соціальній роботі конфлікт розглядається не лише як деструктивне явище, а й як потенційне джерело змін, розвитку та соціальної трансформації. Розуміння природи конфлікту є необхідною передумовою для його конструктивного вирішення.

Структура конфлікту включає декілька ключових елементів: сторони конфлікту (учасники, які мають суперечливі інтереси); предмет конфлікту (те, з приводу чого виник конфлікт); об'єкт конфлікту (ресурс або цінність, за які конкурують сторони); позиції (те, що сторони заявляють, чого вони хочуть); інтереси (реальні потреби та мотиви, які стоять за позиціями); конфліктна взаємодія (дії та поведінка сторін у конфлікті); результат конфлікту (наслідки для сторін та їхніх стосунків).

Динаміка конфлікту описує його розвиток у часі. Типова модель включає кілька фаз: латентна фаза (накопичення суперечностей, зростання напруження); інцидент (подія, яка запускає відкритий конфлікт); ескалація (наростання інтенсивності конфліктних дій); кульмінація (найвища точка конфлікту);

деескалація (зниження інтенсивності); вирішення або завершення конфлікту; постконфліктна фаза (відновлення стосунків або закріплення нових паттернів взаємодії).

Типологія конфліктів є різноманітною. За кількістю учасників виділяють внутрішньоособистісні, міжособистісні, внутрішньогрупові та міжгрупові конфлікти. За сферою прояву – сімейні, трудові, побутові, громадські, політичні. За характером – конструктивні (які призводять до позитивних змін) та деструктивні (які завдають шкоди). За тривалістю – гострі та хронічні. За ступенем виразності – латентні та відкриті.

Р. Фішер та В. Юрі у своїй класичній праці «Досягаючи згоди» (Getting to Yes) запропонували принциповий підхід до переговорів, який став теоретичною основою фасилітативної медіації. Ключовими принципами цього підходу є: розділення людей та проблеми (зосередження на проблемі, а не на особистостях); фокус на інтересах, а не на позиціях (дослідження глибинних потреб за декларованими вимогами); генерування варіантів для взаємної вигоди (розширення поля можливих рішень); використання об'єктивних критеріїв (стандартів справедливості, прецедентів, експертних оцінок). Ці принципи стали фундаментом для навчання медіаторів та переговорників у всьому світі.

У контексті соціальної роботи особливе значення має розрізнення конфліктів на рівні стосунків (пов'язані з емоціями, стереотипами, комунікативними проблемами), конфліктів на рівні структур (пов'язані з нерівним розподілом ресурсів, влади та можливостей) та конфліктів на рівні цінностей (пов'язані з фундаментальними розбіжностями у переконаннях та світогляді). Кожен рівень потребує різних стратегій втручання: конфлікти стосунків найкраще вирішуються через покращення комунікації та розвиток емпатії; структурні конфлікти – через зміну процедур та інституцій; ціннісні конфлікти – через діалог та побудову взаєморозуміння, часто без очікування повного узгодження позицій.

Соціальні конфлікти – це конфлікти між соціальними групами, інститутами або спільнотами, які виникають унаслідок нерівного розподілу ресурсів, влади, статусу чи можливостей. Вони мають системний характер і часто відображають глибинні суперечності суспільного устрою.

Теорії конфліктів. *Теорія Л. Козера.* Л. Козер розглядав конфлікт як нормальний та функціональний елемент соціального життя. У своїй праці «Функції соціального конфлікту» (1956) він доводив, що конфлікти можуть зміцнювати групову згуртованість, стимулювати соціальні зміни, сприяти

встановленню та підтриманню групових норм, а також слугувати «запобіжним клапаном» для накопиченої напруги. Козер розрізняв реалістичні конфлікти (спрямовані на досягнення конкретного результату) та нереалістичні конфлікти (які є самоціллю і виникають з потреби зняти напругу).

Таблиця 9.16

Модель ескалації конфлікту Ф. Глазла (9 ступенів)

Рівень	Ступінь	Характеристика	Можливість медіації
Рівень 1: Win–Win	1. Затвердіння позицій	Відмінності в поглядах, але ще можливий діалог	Медіація високоефективна
	2. Дебати та поляризація	Аргументація стає жорсткішою, формуються табори	Медіація ефективна
	3. Дії замість слів	Припинення комунікації, односторонні дії	Медіація можлива
Рівень 2: Win–Lose	4. Коаліції та стереотипи	Пошук союзників, демонізація опонента	Медіація можлива з зусиллями
	5. Втрата обличчя	Публічні атаки, підрив репутації	Медіація ускладнена
	6. Стратегії погроз	Ультиматуми, погрози, залякування	Потрібна інтенсивна медіація
Рівень 3: Lose–Lose	7. Обмежені удари	Завдання шкоди опоненту за ціною власних втрат	Медіація вкрай ускладнена
	8. Руйнування	Метою стає знищення опонента	Медіація неможлива; потрібне арбітражне втручання
	9. Разом у прірву	Самознищення заради знищення ворога	Потрібне силове втручання

Теорія Р. Дарендорфа. Р. Дарендорф розглядав конфлікт через призму влади та панування. Він вважав, що у будь-якій соціальній організації існує нерівний розподіл влади, який неминуче породжує конфлікти. Ключовим є поняття «імперативно координованих асоціацій», у яких одні групи займають

позиції панування, а інші – підкорення. Конфлікт, за Дарендорфом, є рушійною силою соціальних змін.

Теорія К. Боулдінга. К. Боулдінг запропонував загальну теорію конфлікту, яка розглядає конфлікт як ситуацію, в якій сторони усвідомлюють несумісність своїх позицій і кожна з них прагне зайняти позицію, несумісну з бажаннями іншої сторони. Він виділив три рівні конфлікту: міжособистісний, міжгруповий та міжнародний, і підкреслював роль комунікації та інформації у динаміці конфлікту.

Теорія Й. Галтунга. Й. Галтунг розробив «трикутник конфлікту», який описує три взаємопов'язані виміри конфлікту: суперечність (несумісність цілей), ставлення (когнітивні та емоційні аспекти, включаючи стереотипи, ворожість, страх) та поведінка (дії сторін конфлікту). Він також запропонував поняття «структурного насильства» – насильства, вбудованого в соціальні структури і системи, яке проявляється через нерівність, дискримінацію та позбавлення можливостей. Галтунг розрізняв три типи насильства: пряме, структурне та культурне, і підкреслював необхідність досягнення позитивного миру (не лише відсутності прямого насильства, а й справедливих соціальних структур).

Таблиця 9.17

Стилі поведінки у конфлікті за моделлю Томаса–Кілмена

Стиль	Орієнтація	Характеристика	Коли доцільний
Конкуренція (змагання)	Висока наполегливість, низька кооперація	Досягнення власних цілей за рахунок інтересів іншої сторони	Екстрені ситуації; захист важливих прав
Пристосування	Низька наполегливість, висока кооперація	Поступка інтересам іншої сторони; задоволення її потреб	Збереження стосунків; питання важливіше для іншої сторони
Уникнення	Низька наполегливість, низька кооперація	Відхід від конфлікту, ігнорування проблеми	Незначні питання; потреба у часі для обмірковування
Компроміс	Середня наполегливість, середня кооперація	Часткове задоволення інтересів обох сторін	Обмежений час; рівносильні сторони
Співпраця	Висока наполегливість, висока кооперація	Пошук рішення, яке повністю задовольняє інтереси обох сторін	Важливі питання; час для пошуку; довіра між сторонами

Модель ескалації Ф. Глазла має важливе практичне значення для медіаторів та соціальних працівників, оскільки дозволяє оцінити ступінь загострення конфлікту та обрати відповідну стратегію втручання. На нижчих ступенях ескалації медіація є найбільш ефективною; на вищих ступенях може знадобитися більш директивне втручання або залучення інших механізмів.

Конфліктологічна компетентність соціального працівника включає: знання теоретичних основ конфліктології; здатність аналізувати конфлікт (визначати сторони, інтереси, позиції, потреби); володіння навичками ефективної комунікації; уміння обирати адекватну стратегію поведінки у конфлікті; здатність застосовувати техніки деескалації; навички медіації та фасилітації; рефлексивну практику та усвідомлення власних упереджень.

Аналіз конфлікту є необхідним етапом, який передує будь-якій спробі його вирішення. Ключовими компонентами аналізу є: визначення сторін конфлікту (хто безпосередньо залучений, хто є непрямими учасниками); розрізнення позицій (що сторони заявляють) та інтересів (чого вони насправді потребують); виявлення базових потреб (безпека, визнання, автономія, справедливість, приналежність); оцінка балансу сил; аналіз історії конфлікту та спроб його вирішення; оцінка ступеня ескалації; виявлення потенційних ресурсів для вирішення.

Конфлікти у сфері соціальної роботи мають свою специфіку. Типові ситуації включають: конфлікти між клієнтом та соціальним працівником (щодо обсягу та характеру послуг, невідповідність очікувань); конфлікти між членами сім'ї (розподіл обов'язків з догляду, опіка, майнові спори); конфлікти у громаді (між різними групами мешканців, навколо розміщення соціальних об'єктів); конфлікти між організаціями (координація послуг, розподіл ресурсів, визначення відповідальності); конфлікти, пов'язані з дискримінацією та порушенням прав.

Медіація як технологія вирішення конфліктів

Медіація як технологія вирішення конфліктів пройшла значний шлях розвитку, в результаті якого сформувалося кілька основних моделей, кожна з яких має свою теоретичну основу, методологію та сферу застосування.

Фасилітативна (класична) медіація є найпоширенішою моделлю. Вона базується на ідеї, що медіатор допомагає сторонам самостійно знайти рішення, не пропонуючи власних варіантів і не оцінюючи позиції сторін. Медіатор фокусується на процесі: допомагає сторонам висловити свої інтереси, зрозуміти

інтереси іншої сторони та спільно генерувати можливі варіанти рішень. Р. Бартон-Бенкс та Дж. Фолберг є одними з основних розробників цієї моделі.

Оціночна медіація передбачає більш активну роль медіатора, який може висловлювати свою думку щодо сильних та слабких сторін позицій учасників, прогнозувати можливий результат судового розгляду та пропонувати варіанти вирішення. Ця модель часто використовується у правовому контексті, де медіатор має юридичну кваліфікацію. Л. Ріскін описав спектр медіаторських підходів від «фасилітативного» до «оціночного» полюса.

Таблиця 9.18

Порівняння основних моделей медіації

Модель	Теоретична основа	Роль медіатора	Фокус	Критерій успіху
Фасилітативна	Гарвардський підхід до переговорів (Фішер, Юрі)	Нейтральний фасилітатор; не пропонує рішень	Інтереси сторін; пошук взаємовигідних рішень	Досягнення угоди
Оціночна	Правовий підхід; ADR	Експерт; оцінює позиції, пропонує рішення	Правові аспекти; ймовірний судовий результат	Реалістична угода
Трансформативна	Реляційна теорія (Буш, Фолджер)	Слідує за сторонами; підтримує empowerment та recognition	Якість взаємодії між сторонами	Трансформація стосунків
Наративна	Соціальний конструкціонізм; наративна терапія	Деконструктор домінуючих наративів	Конфліктні історії; побудова альтернативних наративів	Нова спільна історія

Трансформативна медіація розроблена Р. Бушем та Дж. Фолджером, фокусується не стільки на досягненні угоди, скільки на трансформації стосунків між сторонами. Ключовими поняттями є «розширення можливостей» (empowerment) – зміцнення здатності сторін самостійно приймати рішення, та «визнання» (recognition) – здатність розуміти та визнавати перспективу іншої сторони. Трансформативна медіація вважає успіхом не обов'язково досягнення угоди, а покращення якості взаємодії між сторонами.

Наративна медіація розроблена Дж. Вінслейдом та Дж. Монком, базується на ідеях наративної терапії та соціального конструкціонізму. Конфлікт розглядається як «домінуюча історія», яка визначає спосіб, у який сторони сприймають ситуацію та одне одного. Завдання медіатора – допомогти сторонам деконструювати конфліктний наратив та спільно побудувати нову, альтернативну історію, яка відкриває можливості для співпраці.

Сфери застосування медіації у соціальній роботі є надзвичайно різноманітними. Сімейна медіація допомагає вирішувати конфлікти між подружжям (при розлученні та після нього), між батьками та дітьми, між поколіннями, а також щодо питань опіки, місця проживання дітей, розподілу обов'язків з догляду за літніми родичами. Шкільна (освітня) медіація спрямована на вирішення конфліктів між учнями (peer mediation), між учнями та педагогами, між батьками та школою. Громадська медіація охоплює сусідські суперечки, конфлікти у громаді, суперечки щодо використання ресурсів та публічного простору. Трудова медіація допомагає вирішувати конфлікти між працівниками та роботодавцями, між колегами, щодо умов праці та звільнення. Відновна медіація (restorative mediation) є складовою відновного правосуддя і спрямована на діалог між потерпілим та правопорушником.

Сімейна медіація заслуговує на окрему увагу як одна з найбільш розвинених та досліджених сфер застосування медіації у соціальній роботі. Р. Емері провів масштабні дослідження, які засвідчили, що батьки, які вирішили питання опіки шляхом медіації (а не через суд), демонструють вищий рівень задоволеності процесом, кращу якість спілкування з дітьми та нижчий рівень конфліктності у довгостроковій перспективі. Ключовою відмінністю сімейної медіації від інших моделей є обов'язкове урахування інтересів дітей, навіть якщо діти не є безпосередніми учасниками процесу. Медіатор повинен забезпечити, щоб голос дитини був почутий та її потреби враховані при прийнятті рішень.

Шкільна медіація (peer mediation) – це унікальна модель, в якій самі учні навчаються виконувати роль медіаторів у конфліктах з однолітками. Програми шкільної медіації не лише допомагають вирішувати конкретні конфлікти, а й формують у дітей навички конструктивної комунікації, емпатії та відповідальності. Дослідження свідчать, що впровадження програм peer mediation призводить до зниження рівня булінгу, покращення шкільного клімату та зменшення дисциплінарних порушень. В Україні шкільна медіація

активно розвивається завдяки ініціативам Міністерства освіти та неурядових організацій, зокрема Українського центру медіації.

Відновні практики у соціальній роботі виходять за межі кримінального правосуддя та охоплюють широкий спектр контекстів. У школах відновні практики використовуються для роботи з булінгом, прогулами та порушеннями дисципліни. У громадах – для відновлення стосунків після конфліктів, для інтеграції осіб, які повернулися з місць позбавлення волі. У сім'ях – для відновлення довіри та зв'язків після конфліктів чи насильства. Ключовим елементом відновних практик є визнання шкоди, прийняття відповідальності та спільний пошук шляхів відновлення – на відміну від каральної парадигми, яка фокусується на покаранні винного.

Учасники медіаційного процесу включають: сторони конфлікту (основні учасники, які мають суперечливі інтереси); медіатор (нейтральний посередник, який управляє процесом); ко-медіатор (другий медіатор, який працює в парі з основним – особливо корисний у складних конфліктах, міжкультурних ситуаціях або коли бажана гендерна збалансованість); представники або підтримуючі особи (адвокати, друзі, родичі, які можуть супроводжувати сторони).

Компетенції медіатора охоплюють кілька ключових сфер. Нейтральність та безсторонність включають здатність утримувати рівну дистанцію до обох сторін, усвідомлювати та контролювати власні упередження та стереотипи. Комунікативна майстерність передбачає активне слухання, ефективне запитування, рефреймінг, підсумовування, управління емоційно напруженими розмовами. Управління процесом включає здатність структурувати медіацію, підтримувати баланс участі сторін, працювати з тупиковими ситуаціями та вчасно завершувати процес.

Відновні практики (restorative practices) тісно пов'язані з медіацією і спрямовані на зцілення шкоди, завданої конфліктом або правопорушенням, через діалог між усіма зацікавленими сторонами. Основні форми відновних практик включають: відновну конференцію (семейна групова конференція, конференція за участі спільноти), кола (circles) – структуровані групові процеси для обговорення конфліктів та проблем, та власне відновну медіацію між потерпілим та правопорушником. Г. Зер вважається одним із засновників відновного правосуддя і визначає його через три ключові питання: яка шкода була завдана? хто несе відповідальність? що потрібно зробити для відновлення?

Особливості медіації в умовах нерівності сторін потребують особливої уваги соціальних працівників. Коли одна зі сторін має значно більший ресурс (фінансовий, інформаційний, соціальний), медіатор має вживати заходів для забезпечення балансу: проводити індивідуальні зустрічі (кокуси) з кожною стороною, забезпечувати рівний доступ до інформації, створювати безпечні умови для слабшої сторони, а за потреби – рекомендувати залучення адвоката або іншого представника.

Таблиця 9.19

Оцінка медіабельності конфлікту: критерії та індикатори

Критерій	Позитивні індикатори	Негативні індикатори
Готовність сторін	Обидві сторони виявляють бажання брати участь; готові до переговорів	Одна зі сторін відмовляється; примусове направлення без мотивації
Баланс сил	Приблизно рівні ресурси; або дисбаланс може бути компенсований	Значна нерівність; одна сторона повністю залежна від іншої; наявність насильства
Здатність до переговорів	Сторони можуть формулювати свої інтереси та слухати іншу сторону	Гострий психічний стан; значні когнітивні порушення; активна інтоксикація
Характер конфлікту	Конфлікт інтересів; побутовий або комунальний спір; сімейний конфлікт	Кримінальне правопорушення, що потребує розслідування; системне порушення прав
Безпека	Відсутність загрози фізичної безпеки; безпечне місце для зустрічі	Активне фізичне насильство; загроза для медіатора або сторін
Час та ресурси	Достатньо часу для процесу; доступні необхідні ресурси	Термінова потреба у рішенні; неможливість забезпечити процес

Медіабельність конфлікту – це оцінка того, наскільки конкретний конфлікт придатний для вирішення шляхом медіації. Критерії медіабельності включають: наявність визначених сторін, здатних до переговорів; наявність спільного інтересу у вирішенні конфлікту; готовність сторін до добровільної участі; відсутність загрози безпеці учасників; відсутність суттєвого дисбалансу влади, який не може бути компенсований; ситуація, яка не потребує

встановлення правового прецеденту. Медіація протипоказана у ситуаціях активного насильства, коли одна зі сторін перебуває у стані гострого психічного розладу, або коли необхідне кримінальне переслідування.

Ко-медіація – це формат медіації, при якому два медіатори працюють спільно. Ко-медіація має низку переваг: розподіл навантаження (один медіатор може спостерігати за динамікою, поки інший веде процес); моделювання конструктивної взаємодії (ко-медіатори демонструють повагу та співпрацю); збалансованість (наприклад, гендерна або культурна; один ко-медіатор може бути ближчим за досвідом до однієї сторони, інший – до іншої); взаємна підтримка та супервізія. Ко-медіація особливо рекомендована у складних випадках: сімейних конфліктах із високою емоційною інтенсивністю, міжкультурних конфліктах, ситуаціях із суттєвим дисбалансом влади.

Етапи та техніки медіаційного процесу

Медіаційний процес має чітку структуру, яка забезпечує послідовність, прозорість та ефективність роботи з конфліктом. Хоча конкретна кількість етапів може варіюватися залежно від моделі медіації, класична фасилітативна медіація зазвичай включає сім основних етапів.

Техніки активного слухання

Парафраз (перефразування) – це переказ висловлювання сторони своїми словами з метою перевірки розуміння та демонстрації уваги. Наприклад: «Якщо я правильно розумію, ви кажете, що...». Парафраз допомагає сторонам відчути, що їх чують, а також дозволяє медіатору перевірити правильність свого розуміння.

Відображення почуттів – це вербалізація емоцій, які медіатор помічає у висловлюваннях або невербальній поведінці сторони. Наприклад: «Схоже, ця ситуація викликає у вас значне розчарування». Відображення почуттів допомагає сторонам усвідомити свої емоції та відчути емпатію з боку медіатора.

Підсумовування – це стисле узагальнення основних моментів, висловлених стороною або обома сторонами. Підсумовування допомагає структурувати обговорення, виділити ключові моменти та забезпечити перехід до наступного етапу.

Таблиця 9.20

Етапи медіаційного процесу

Етап	Мета	Основні завдання медіатора	Типова тривалість
1. Підготовка (премедіація)	Оцінка ситуації; підготовка сторін	Збір інформації; оцінка медіабельності; індивідуальні зустрічі зі сторонами; підписання угоди про медіацію	1–2 зустрічі
2. Вступне слово медіатора	Створення безпечного простору; встановлення правил	Пояснення процесу та ролі медіатора; узгодження правил; створення атмосфери довіри	10–20 хв
3. Виклад сторін	Вислуховування кожної сторони	Активне слухання; забезпечення рівного часу; відображення почуттів та інтересів	20–40 хв
4. Визначення інтересів	Перехід від позицій до інтересів	Запитання; рефреймінг; формулювання спільного порядку денного	20–30 хв
5. Генерування варіантів	Пошук можливих рішень	Мозковий штурм; розширення поля варіантів; перевірка реалістичності	20–40 хв
6. Переговори та оцінка варіантів	Вибір оптимального рішення	Допомога у зважуванні варіантів; перевірка виконуваності; тестування угоди	20–40 хв
7. Укладання угоди	Фіксація домовленостей	Допомога у формулюванні угоди; перевірка повноти та ясності	15–30 хв

Техніки постановки запитань

Запитання є ключовим інструментом медіатора. Відкриті запитання спонукають сторони до розгорнутої відповіді та глибшого самоаналізу: «Як ця ситуація вплинула на вас?», «Що для вас найважливіше у цій ситуації?». Закриті запитання використовуються для уточнення конкретних фактів: «Чи правильно я розумію, що ви зустрічалися 15 березня?». Циркулярні запитання допомагають сторонам побачити ситуацію з перспективи іншої сторони: «Як ви

думаєте, що відчуває ваш сусід, коли чує гучну музику після 22:00?». Рефреймінг (переформулювання) – це перетворення негативного або звинувачувального висловлювання у нейтральне або конструктивне: замість «Він нікчемний батько!» медіатор може сказати «Для вас важливо, щоб батько приділяв більше часу та уваги дітям».

Таблиця 9.21

Типи запитань у медіації та їх функції

Тип запитання	Функція	Приклад
Відкрите	Спонукання до розгорнутої відповіді; дослідження інтересів	«Що для вас найважливіше у цій ситуації?»
Закрите	Уточнення фактів; перевірка розуміння	«Чи погоджуєтесь ви з цією пропозицією?»
Циркулярне	Зміна перспективи; розвиток емпатії	«Як ви думаєте, що відчуває інша сторона?»
Гіпотетичне	Дослідження можливостей; розширення поля рішень	«Що було б, якби ви могли змінити одну умову?»
Рефлексивне	Самоаналіз; усвідомлення власних потреб	«Що ця ситуація означає особисто для вас?»
Нормалізуюче	Зниження напруги; валідація переживань	«Багато людей у подібній ситуації відчувають те ж саме. Як ви з цим справляєтеся?»

Управління емоціями у медіації

Конфлікти завжди супроводжуються сильними емоціями – гнівом, образою, страхом, розчаруванням, соромом. Медіатор має вміти працювати з цими емоціями, не придушуючи їх, але й не дозволяючи їм зруйнувати процес. Техніки деескалації включають: визнання та валідацію емоцій (дозвіл стороні висловити свої почуття і підтвердження їх нормальності); перефокусування (м'яке перенаправлення уваги від емоційного виразу до конструктивного обговорення); паузу (пропозиція зробити перерву для заспокоєння); нормалізацію (пояснення, що сильні емоції є нормальною реакцією у ситуації конфлікту); техніку «вентиляції» (надання стороні можливості висловити емоції у безпечному середовищі кокусу).

Робота з тупиковими ситуаціями (імпасами)

Імпас (тупикова ситуація) виникає, коли переговори зупиняються і сторони не можуть рухатися далі. Стратегії подолання імпасу включають: перехід до кокусу (індивідуальна зустріч із кожною стороною окремо, де можна дослідити приховані інтереси та побоювання); зміну формату обговорення (перехід від загальних питань до конкретних або навпаки); перефреймінг проблеми (переформулювання предмету спору у нових термінах); генерування нових варіантів (розширення поля можливих рішень); залучення зовнішньої інформації або експертів; тимчасове відкладення складного питання та перехід до простіших; встановлення часових рамок для прийняття рішення.

Складання медіаційної угоди

Медіаційна угода – це документ, який фіксує домовленості, досягнуті сторонами в процесі медіації. Згідно із Законом України «Про медіацію», медіаційна угода укладається у письмовій формі та підписується сторонами. Вимоги до медіаційної угоди включають: конкретність (чіткі зобов'язання кожної сторони); вимірюваність (можливість перевірити виконання); реалістичність (здійсненність зобов'язань); визначеність у часі (терміни виконання); збалансованість (врахування інтересів обох сторін); добровільність (відсутність примусу до підписання).

Особливості онлайн-медіації (Online Dispute Resolution, ODR) набули особливої актуальності в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану в Україні. Онлайн-медіація проводиться з використанням відеоконференцій та спеціалізованих платформ. Переваги включають: доступність для учасників, які перебувають у різних місцях; зниження витрат на переїзди; можливість проведення медіації в умовах карантину чи небезпеки. Виклики включають: технічні проблеми (зв'язок, якість звуку/відео); труднощі зчитування невербальної комунікації; питання конфіденційності та захисту даних; зниження відчуття присутності та емоційного контакту.

Вступне слово медіатора: структура та ключові елементи. Вступне слово медіатора є критично важливим етапом, який визначає тон та атмосферу всієї медіації. Ефективне вступне слово включає такі елементи: привітання та подяка учасникам за готовність брати участь; представлення медіатора та його ролі (підкреслення нейтральності та того, що медіатор не приймає рішень); пояснення процесу медіації (етапи, тривалість, можливість кокусів); узгодження

правил (повага, слухання, уникнення перебивання, вимикання телефонів); пояснення принципу конфіденційності та його меж; підтвердження добровільності (кожна сторона може припинити медіацію у будь-який момент); отримання підтвердження від сторін щодо їхньої готовності розпочати; запитання та відповіді.

Медіатор має бути особливо уважним до тону та мови свого вступного слова. Важливо уникати юридичного жаргону, говорити простою та зрозумілою мовою, встановлювати зоровий контакт з обома сторонами рівною мірою, використовувати відкриту та доброзичливу невербальну комунікацію. Вступне слово також є моментом, коли медіатор починає будувати довіру – фундамент, без якого медіація не може бути успішною.

Таблиця 9.22

Типові помилки медіатора та способи їх уникнення

Типова помилка	Наслідки	Як уникнути
Порушення нейтральності (вияв симпатії до однієї сторони)	Втрата довіри іншої сторони; зрив медіації	Самоконтроль; рівний зоровий контакт; рівний час; супервізія
Квапливість (поспішне переходження до рішень)	Нерозкриті інтереси; нестійка угода	Дозволити сторонам повністю висловитися; не квапити процес
Ігнорування емоцій	Ескалація; відчуття невизнаності	Визнавати та відображати емоції; давати простір для їх вираження
Нав'язування рішень	Порушення принципу самовизначення; нестійка угода	Пропонувати процес, а не зміст; запитувати, а не радити
Ігнорування дисбалансу влади	Несправедлива угода; ревіктимізація	Використовувати кокуси; запитувати обох сторін; забезпечувати інформацію
Відсутність структури	Хаотичний процес; втрата фокусу	Чітко дотримуватися етапів; підсумовувати; фіксувати домовленості

Етап викладу сторін: принципи та техніки. На етапі викладу сторін кожна зі сторін має можливість розповісти свою версію ситуації без перебивання. Це один із найбільш терапевтичних моментів медіації: для багатьох людей це перший раз, коли їх дійсно слухають. Медіатор на цьому етапі: забезпечує рівний час для обох сторін; демонструє активне слухання (кивання, зоровий контакт, відображення); робить нотатки щодо ключових інтересів, емоцій та потреб; утримується від оцінок та порад; парафразує та підсумовує висловлювання кожної сторони; звертає увагу на невербальну поведінку обох сторін.

Після викладу кожної сторони медіатор підсумовує почуте, виділяючи не позиції, а інтереси та потреби. Це перший крок до переходу від «що сторони хочуть» до «чому вони цього хочуть». Наприклад, якщо мати каже «Я хочу, щоб батько бачив дитину лише раз на місяць», медіатор може підсумувати: «Для вас важлива стабільність та передбачуваність у розкладі дитини, і ви хочете бути впевненою у її безпеці під час зустрічей з батьком».

Фасилітація групових процесів

Фасилітація групових процесів – це мистецтво та наука організації ефективної групової роботи, яка дозволяє групі досягти своїх цілей за мінімум часу та з максимальною участю всіх членів. Роль фасилітатора полягає у створенні умов, в яких група може працювати продуктивно: від визначення мети зустрічі до забезпечення реалізації прийнятих рішень.

Сем Кейнер, один із провідних теоретиків фасилітації, описав модель «діамант участі», яка відображає природний процес групового прийняття рішень. Цей процес включає три фази: розширення (divergent thinking) – генерування різноманітних ідей та перспектів; зона стонів (groan zone) – складний етап інтеграції різних поглядів, який часто супроводжується фрустрацією та розгубленістю; та звуження (convergent thinking) – вибір та конкретизація рішення. Фасилітатор допомагає групі пройти через усі три фази, не пропускаючи «зону стонів», яка є необхідною для якісного рішення.

Розуміння моделі «діаманту участі» є ключовим для ефективної фасилітації. Багато фасилітаторів-початківців допускають поширену помилку: вони намагаються якнайшвидше привести групу до рішення, минаючи «зону стонів». Це може призвести до поверхових рішень, які не враховують різноманітності перспектив і не мають підтримки всієї групи. Досвідчений фасилітатор розуміє, що дискомфорт «зони стонів» є ознакою того, що група

рухається до глибшого розуміння проблеми, і підтримує групу на цьому етапі, не намагаючись його прискорити.

Р. Шварц, автор класичної праці «Умілий фасилітатор» (The Skilled Facilitator), запропонував модель взаємного навчання (mutual learning model) як основу ефективної фасилітації. Ця модель базується на припущеннях: я маю інформацію, і інші теж мають інформацію; кожен може побачити те, чого не бачу я; відмінності є можливістю для навчання; люди можуть мати добрі наміри навіть тоді, коли я не згоден з їхніми діями. Модель взаємного навчання протиставляється «однобічній контролюючій моделі», в якій лідер або фасилітатор прагне контролювати процес та результат. Шварц підкреслює, що справжня фасилітація передбачає довіру до групи та її здатності знайти власні рішення.

Типи фасилітації. Процесна фасилітація фокусується на управлінні процесом групової роботи без впливу на зміст. Фасилітатор забезпечує структуру, дотримання правил, рівну участь та ефективне використання часу. Це класичний тип фасилітації, який відповідає принципу «фасилітатор відповідає за процес, група – за зміст».

Змістовна фасилітація (експертна) передбачає, що фасилітатор має знання у предметній області і може робити внесок як у процес, так і у зміст обговорення. Цей тип часто використовується у стратегічному плануванні, де фасилітатор також є консультантом з відповідної галузі.

Трансформаційна фасилітація спрямована на глибинні зміни у групі – зміну парадигм, переконань, стосунків та культури. А. Кагане описав цей підхід у контексті роботи зі складними соціальними проблемами, де немає готових рішень і група має спільно створити нове розуміння ситуації та нові підходи до дії.

Групова динаміка та етапи розвитку групи

Б. Такман запропонував модель етапів розвитку групи, яка є класичною у теорії групової динаміки і має важливе значення для практики фасилітації.

Створення безпечного простору для групової роботи є однією з найважливіших функцій фасилітатора. Безпечний простір – це середовище, в якому учасники відчувають себе достатньо комфортно для того, щоб висловлювати свої думки, почуття та переживання без страху осуду, критики чи покарання. Елементи безпечного простору включають: спільно узгоджені правила взаємодії (ground rules); конфіденційність обговорення; повагу до

різних точок зору; право на відмову від участі у будь-якому етапі; увагу до фізичного середовища (зручне приміщення, кругове розсадження, доступність); визнання емоцій та переживань учасників.

Таблиця 9.23

Етапи розвитку групи за Б. Такманом та роль фасилітатора

Етап	Характеристика	Поведінка учасників	Роль фасилітатора
Формування (Forming)	Група щойно створена; невизначеність	Обережність, залежність від лідера, орієнтування	Створити безпечний простір; визначити правила; встановити очікування
Шторм (Storming)	Конфлікти, боротьба за владу та вплив	Незгода, конкуренція, фрустрація, опір	Нормалізувати конфлікт; допомогти висловити розбіжності; підтримати конструктивний діалог
Нормування (Norming)	Формування норм та згуртованості	Співпраця, формування ідентичності групи	Закріпити норми; підтримати довіру; заохочувати відкритість
Функціонування (Performing)	Ефективна спільна робота	Самостійність, взаємопідтримка, продуктивність	Мінімально втручатися; підтримувати фокус; забезпечувати ресурси
Завершення (Adjourning)	Група завершує роботу	Рефлексія, можливий смуток, підбиття підсумків	Забезпечити рефлексію; відзначити досягнення; допомогти завершити

Фасилітація у контексті командної роботи та прийняття рішень є особливо актуальною для міждисциплінарних команд у соціальній роботі. Соціальні працівники часто працюють у команді з психологами, юристами, медичними працівниками, педагогами та іншими фахівцями. Фасилітація допомагає забезпечити ефективну координацію між різними спеціалістами, інтеграцію різних перспектив у спільний план допомоги клієнту та конструктивне вирішення професійних розбіжностей.

Фасилітація у соціальній роботі має специфічні сфери застосування. Робота з громадами передбачає організацію громадських обговорень, стратегічних сесій та процесів спільного планування. Групи самодопомоги (для осіб із залежностями, батьків дітей з особливими потребами, людей, які

пережили насильство) потребують чутливої фасилітації, яка враховує вразливість учасників. Міждисциплінарні команди потребують фасилітації для ефективного case management та координації послуг.

Візуальна фасилітація та графічне записування (graphic recording) – це використання візуальних засобів (малюнків, схем, діаграм, стікерів) для відображення процесу та результатів групової роботи. Візуалізація допомагає учасникам бачити загальну картину обговорення, відслідковувати зв'язки між ідеями та краще запам'ятовувати результати. Д. Сіббет є одним із піонерів візуальної фасилітації та розробив систему шаблонів групової роботи.

Компетенції фасилітатора за стандартами IAF

Міжнародна асоціація фасилітаторів (IAF) розробила модель ключових компетенцій фасилітатора, яка включає шість сфер: створення конструктивних стосунків з клієнтом (розуміння потреб замовника, побудова партнерства); планування ефективних групових процесів (вибір методів, розробка дизайну, підготовка середовища); створення та підтримання залученого середовища (побудова довіри, управління конфліктами, стимулювання креативності); управління групою для досягнення результату (фасилітація обговорення, управління часом, досягнення консенсусу); побудова та підтримка професійних знань (рефлексія, навчання, дотримання етичних стандартів); позитивне професійне ставлення (самоусвідомлення, довіра до процесу, нейтральність).

Створення правил групової роботи (ground rules) є одним із перших та найважливіших завдань фасилітатора. Правила можуть бути запропоновані фасилітатором та узгоджені з групою, або ж розроблені самою групою. Типові правила включають: повагу до кожного учасника та його думки; право говорити без перебивання; конфіденційність обговорення; пунктуальність; активну участь; використання «Я-повідомлень»; право на паузу або відмову від участі в конкретній активності; вимкнення мобільних телефонів. Важливо, щоб правила були сформульовані позитивно (що ми робимо), а не негативно (чого не робимо), і щоб група відчувала свою причетність до їх формулювання.

Управління складними ситуаціями у групі є невід'ємною частиною роботи фасилітатора. Типові виклики включають: домінування одного або кількох учасників (фасилітатор може використовувати техніку раундів, де кожен говорить по черзі, або безпосередньо запросити мовчазних учасників висловитися); конфлікти між учасниками (нормалізація розбіжностей, перефокусування на спільних інтересах, за потреби – окрема бесіда з

учасниками під час перерви); опір процесу (з'ясування причин опору, адаптація дизайну, визнання труднощів); емоційні зриви (пауза, валідація емоцій, пропозиція підтримки, за потреби – перерва); відхилення від теми (м'яке повернення до порядку денного, фіксація нових тем на «парковці ідей»).

Таблиця 9.24

Порівняння ролей: медіатор, фасилітатор, модератор, тренер

Роль	Основна функція	Ступінь впливу на зміст	Контекст використання
Медіатор	Допомога у вирішенні конфлікту між сторонами	Мінімальний (фасилітативна модель) або значний (оціночна)	Конфліктні ситуації; переговори; спори
Фасилітатор	Організація ефективного групового процесу	Мінімальний (процесна фасилітація) або помірний (змістовна)	Зустрічі; стратегічне планування; прийняття рішень
Модератор	Управління обговоренням; забезпечення порядку	Помірний (визначає тематику та формат)	Дебати; конференції; онлайн-обговорення
Тренер	Навчання; передача знань та навичок	Високий (визначає зміст та структуру)	Навчальні програми; семінари; воркшопи

Фасилітація у контексті trauma-informed care потребує особливої уваги. Коли група складається з учасників, які мають травматичний досвід (наприклад, ВПО, ветерани, особи, які пережили насильство), фасилітатор повинен: забезпечити підвищений рівень фізичної та емоційної безпеки; уникати технік, які можуть бути тригерами (наприклад, рольові ігри, які відтворюють травматичні ситуації); надавати учасникам повний контроль над своєю участю (право на відмову від будь-якої активності); бути готовим до емоційних реакцій та мати план дій у разі кризи; забезпечити доступ до психологічної підтримки після сесії; використовувати техніки заземлення та стабілізації; обмежувати тривалість сесій та забезпечувати достатні перерви.

Методи та інструменти фасилітації

Фасилітатор має у своєму арсеналі широкий спектр структурованих методів, кожен з яких призначений для конкретних цілей та контекстів. Вибір методу залежить від мети сесії, кількості учасників, наявного часу, рівня довіри у групі та складності питань, що обговорюються.

Таблиця 9.25

Основні структуровані методи фасилітації

Метод	Розробник	Суть методу	Кіл-ть уч.	Типове застосування
Світове кафе (World Café)	Х. Браун, Д. Айзекс (1995)	Послідовні раунди обговорення за «кавовими столиками»; учасники змінюють столики, «запилюючи» ідеї	12–200+	Збір ідей, дослідження складних питань, побудова спільного розуміння
Відкритий простір (Open Space Technology)	Г. Оуен (1985)	Учасники самостійно визначають теми; самоорганізовані сесії; «закон двох ніг»	5–2000+	Складні проблеми з невизначеним рішенням; висока мотивація учасників
Коло (Circle Process)	Традиції корінних народів; К. Пренісс	Учасники сидять у колі; говорить той, хто тримає «предмет розмови» (talking piece)	5–40	Побудова довіри; відновні практики; обговорення чутливих тем
Мозковий штурм	А. Осборн (1953)	Генерування максимальної кількості ідей без критики та оцінки	5–15	Генерування ідей; пошук творчих рішень
Шість капелюхів (Six Thinking Hats)	Е. де Боно (1985)	Послідовне обговорення з різних перспектив: факти, емоції, критика, оптимізм, креативність, процес	5–30	Аналіз проблем; прийняття рішень; стратегічне планування

Методи прийняття групових рішень

Прийняття рішень у групі є одним із найбільш відповідальних етапів фасилітації. Різні методи прийняття рішень підходять для різних ситуацій.

Консенсус – це метод прийняття рішень, при якому всі члени групи погоджуються з рішенням, навіть якщо воно не є першим вибором кожного.

Консенсус не означає одностайності – він означає, що кожен учасник може жити з прийнятим рішенням і підтримувати його реалізацію. Процес досягнення консенсусу зазвичай включає: представлення пропозиції; обговорення та модифікацію; перевірку згоди (чи є серйозні заперечення?); прийняття або подальшу модифікацію. Градуальний консенсус використовує шкалу від «повністю підтримую» до «блокую» для оцінки ступеня згоди кожного учасника.

Мультиголосування (dot voting) – простий метод пріоритизації, при якому кожен учасник отримує обмежену кількість «голосів» (стікерів-крапок) і розподіляє їх між варіантами. Варіанти з найбільшою кількістю голосів отримують пріоритет.

Матриця пріоритетів – інструмент для оцінки варіантів за двома або більше критеріями (наприклад, важливість та реалістичність, вплив та зусилля). Варіанти розміщуються у координатній сітці, що дозволяє візуально визначити оптимальні рішення.

Метод «Світове кафе» (World Café) заслуговує на детальніший розгляд як один із найбільш ефективних методів фасилітації великих груп. Розроблений Х. Браун та Д. Айзексом, він імітує атмосферу невимушеної розмови за кавовим столиком. Процес організується таким чином: учасники розсаджуються за невеликі столики (по 4–6 осіб); кожен столик обговорює одне запитання протягом 15–20 хвилин; після раунду учасники переходять до інших столиків, а «господар столика» залишається та коротко переказує попереднє обговорення новим учасникам; після 3–4 раундів проводиться загальне обговорення ключових ідей. Метод особливо ефективний для збору різноманітних перспектив, побудови спільного розуміння та генерування колективної мудрості.

Метод «Відкритий простір» (Open Space Technology) Г. Оуена є унікальним тим, що учасники самостійно визначають теми для обговорення. Процес починається з того, що ведучий оголошує загальну тему та запрошує всіх, хто має питання або ідею для обговорення, записати її на аркуші та повісити на стіну. Потім учасники самоорганізуються у групи навколо тем, що їх цікавлять. Ключовим принципом є «закон двох ніг»: якщо учасник відчуває, що він більше не вчиться і не може зробити внесок у дану групу, він вільний перейти до іншої. Цей метод базується на довірі до самоорганізації та підходить для ситуацій, де проблема є складною, ніхто не має готового рішення, а група має високу мотивацію до участі.

Метод «Коло» (Circle Process) має глибоке коріння у традиціях корінних народів Північної Америки та інших культур. К. Пренісс систематизувала цей

підхід для використання у сучасних контекстах. Учасники сидять у колі без столів – це символізує рівність та відкритість. Використовується «предмет розмови» (talking piece) – об'єкт, який передається по колу і дає право говорити тому, хто його тримає. Решта учасників слухають, не перебиваючи. Коло може мати різні цілі: побудова довіри (коло знайомства), обговорення складних питань (діалогове коло), відновлення стосунків після конфлікту (відновне коло), прийняття рішень (консенсусне коло). Метод є особливо ефективним для створення глибокого зв'язку між учасниками та для обговорення чутливих тем.

Планування фасилітаційної сесії

Ефективна фасилітація потребує ретельної підготовки. Планування фасилітаційної сесії включає кілька ключових кроків. Визначення мети – що саме має бути досягнуто за результатами сесії (чіткий продукт, рішення, план дій або розуміння). Аналіз учасників – хто буде присутній, які їхні ролі, інтереси, досвід, можливі напруження між ними. Розробка дизайну сесії – послідовність активностей, методів та перехідних моментів, які ведуть до мети. Підготовка матеріалів – фліпчарти, стікери, маркери, роздаткові матеріали, технічне обладнання. Підготовка простору – розсадження (круг, підкова, кафе-столики), освітлення, вентиляція, доступність.

Таблиця 9.26

Шаблон дизайну фасилітаційної сесії

Елемент дизайну	Опис	Ключові запитання
Мета сесії	Чітко сформульований бажаний результат	Що учасники матимуть/знатимуть/вирішать по завершенні?
Відкриття (Opening)	Привітання, знайомство, встановлення правил	Як створити безпечний та залучений початок?
Основна частина	Послідовність активностей для досягнення мети	Які методи найкраще підходять? Як забезпечити участь усіх?
Переходи	Зв'язки між активностями; рефлексія; підсумовування	Як забезпечити логічний перехід? Чи потрібні перерви?
Закриття (Closing)	Підсумки, рефлексія, визначення наступних кроків	Що винести? Хто відповідальний? Коли наступна зустріч?
Оцінка	Зворотний зв'язок від учасників	Що було корисним? Що можна покращити?

Роль запитань у фасилітації. Запитання є основним інструментом фасилітатора. За функціональним призначенням виділяють: запитання для відкриття (icebreakers) – «Що привело вас сюди?»; запитання для дослідження – «Які аспекти цієї проблеми для вас найважливіші?»; запитання для поглиблення – «Що стоїть за цією ідеєю?»; запитання для переходу – «Що ми можемо зробити з цим?»; запитання для закриття – «Що ви забираєте з собою з цієї зустрічі?».

Фасилітація у складних контекстах. Фасилітація у складних контекстах – конфліктних групах, травмованих спільнотах, ситуаціях глибокої недовіри – потребує особливої чутливості та додаткових навичок. Ключовими принципами є: травмоінформований підхід (усвідомлення того, що учасники можуть мати травматичний досвід, і відповідна адаптація процесу); підвищена увага до безпеки (фізичної та емоційної); гнучкість дизайну (готовність змінити план за потреби); робота з емоціями (надання простору для вираження почуттів, не дозволяючи їм захопити процес); увага до групової динаміки та можливих тригерів.

Оцінка ефективності фасилітації. Оцінка ефективності фасилітації є важливим, хоча й складним завданням. Критерії оцінки можуть включати: досягнення поставленої мети сесії (чи був отриманий очікуваний результат?); якість процесу (чи відчували учасники себе залученими та почутими?); задоволеність учасників (суб'єктивна оцінка процесу та результату); стійкість результатів (чи реалізуються прийняті рішення?); зміни у стосунках (чи покращилися стосунки між учасниками?); навчання та зростання (чи отримали учасники нові знання або навички?).

Методи оцінки включають: анкетування учасників після сесії (кількісна та якісна оцінка); спостереження (аналіз групової динаміки, рівня участі, якості взаємодії); фокус-групи (глибинне обговорення досвіду учасників); аналіз документів (чи були виконані рішення, прийняті на сесії); лонгітюдне спостереження (відстеження довгострокових змін). Д. Кіркпатрік запропонував чотирирівневу модель оцінки, яка може бути адаптована для фасилітації: реакція (задоволеність учасників), навчання (нові знання та навички), поведінка (зміни у діях), результати (вплив на організацію чи спільноту).

Таблиця 9.27

Зворотний зв'язок у фасилітації: принципи та техніки

Принцип / техніка	Опис	Приклад застосування
Оперативність	Збір зворотного зв'язку відразу після сесії	Анкета задоволеності; кругове опитування «Що було найціннішим?»
Конкретність	Запитання про конкретні аспекти процесу	«Чи мали ви достатньо можливостей висловити свою думку?»
Анонімність (за потреби)	Забезпечення щирості відповідей	Анонімне онлайн-опитування; стікери з відгуками
Двосторонність	Зворотний зв'язок і від учасників, і від фасилітатора	Рефлексивний запис фасилітатора; обмін спостереженнями з ко-фасилітатором
Фокус на розвитку	Використання зворотного зв'язку для вдосконалення	Аналіз відгуків; планування змін для наступної сесії

Медіація та фасилітація у соціальних конфліктах

Соціальні конфлікти в Україні мають свою специфіку, обумовлену історичним контекстом, наслідками збройного конфлікту та процесами суспільної трансформації. Типові соціальні конфлікти включають: конфлікти між внутрішньо переміщеними особами (ВПО) та приймаючими громадами (доступ до ресурсів, житла, робочих місць, соціальних послуг); земельні конфлікти (використання земельних ресурсів, забудова, екологічні питання); конфлікти у сфері надання соціальних послуг (доступ, якість, розподіл ресурсів); міжкультурні та міжетнічні конфлікти (стереотипи, дискримінація, питання ідентичності); конфлікти навколо процесів декомунізації, перейменування та символічної політики; конфлікти, пов'язані з реінтеграцією ветеранів.

Медіація у громадських конфліктах має ряд особливостей, які відрізняють її від міжособистісної медіації. Кількість сторін може бути значною, і кожна сторона може мати внутрішні розбіжності. Питання, що розглядаються, часто мають публічний характер і зачіпають інтереси ширшої спільноти. Баланс сил між сторонами може бути суттєво нерівним. Результати медіації можуть мати наслідки для людей, які не брали участі в процесі.

Таблиця 9.28

Особливості медіації та фасилітації у різних типах соціальних конфліктів

Тип конфлікту	Характеристика	Роль медіатора/фасилітатора	Специфічні виклики
Конфлікти ВПО – громада	Суперечки щодо ресурсів, культурних відмінностей, побутових питань	Посередник, який сприяє взаєморозумінню та пошуку спільних рішень	Травма переміщення; стереотипи; емоційність
Земельні та екологічні	Спори щодо використання ресурсів, забудови, екології	Організатор діалогу між громадою, бізнесом та владою	Асиметрія влади; юридична складність
Конфлікти у наданні соц. послуг	Невідповідність очікувань клієнтів та можливостей системи	Посередник між клієнтом та системою; адвокат процесу	Залежність клієнта; інституційний тиск
Міжкультурні конфлікти	Зіткнення цінностей, стереотипів, комунікативних стилів	Культурний посередник; перекладач контекстів	Мовні бар'єри; глибинні переконання
Реінтеграція ветеранів	Труднощі адаптації; конфлікти у сім'ях та громадах	Чутливий медіатор з розумінням травми	Травматичний досвід; стигма; недовіра

Фасилітація діалогу між різними соціальними групами є ключовим інструментом побудови соціальної згуртованості. На відміну від дебатів (де мета – переконати або перемогти) та обговорення (де мета – прийняти рішення), діалог спрямований на глибше розуміння перспектив одне одного та побудову стосунків. Д. Бом описав діалог як процес «мислення разом», в якому учасники відмовляються від потреби перемогти і натомість прагнуть дослідити тему спільно, з повагою до різних перспектив.

Робота з конфліктами у мультикультурному середовищі потребує міжкультурної компетентності медіатора та фасилітатора. Це включає: усвідомлення впливу культури на сприйняття конфлікту, стилі комунікації та очікування від процесу вирішення; чутливість до мовних бар'єрів та необхідність якісного перекладу; розуміння культурних відмінностей у

поняттях честі, сорому, влади та гендерних ролей; адаптацію методів медіації та фасилітації до культурного контексту учасників.

Фасилітація процесів соціального партнерства та міжсекторної взаємодії є особливо актуальною в контексті децентралізації та розвитку місцевого самоврядування в Україні. Медіатори та фасилітатори сприяють налагодженню конструктивної співпраці між органами місцевого самоврядування, неурядовими організаціями, бізнесом та громадою у питаннях планування та реалізації соціальних програм, розподілу бюджетних ресурсів та надання соціальних послуг.

Медіація та фасилітація у роботі з внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Внутрішньо переміщені особи стикаються з комплексом конфліктних ситуацій, пов'язаних із втратою звичного середовища, необхідністю адаптації до нових умов та взаємодією з приймаючими громадами. Медіація може допомогти у вирішенні конкретних спорів (житлові питання, доступ до послуг, сусідські конфлікти), тоді як фасилітація – у створенні простору для діалогу між ВПО та місцевими мешканцями, спільному плануванні інтеграційних заходів та побудові взаєморозуміння.

При роботі з ВПО важливо враховувати: травматичний досвід переміщення; можливу недовіру до інституцій та процесів; потребу у визнанні та повазі до їхнього досвіду; ризик ревіктимізації; необхідність забезпечення безпеки учасників.

Практичний досвід медіації та фасилітації у роботі з ВПО в Україні засвідчує ефективність цих технологій у кількох основних контекстах. По-перше, медіація допомагає вирішувати побутові конфлікти між ВПО та місцевими мешканцями – суперечки щодо спільного використання інфраструктури, шуму, культурних відмінностей. По-друге, фасилітація є ефективним інструментом для організації громадських обговорень щодо планування інтеграційних заходів, розподілу ресурсів та визначення пріоритетів розвитку громади. По-третє, кола (circle processes) використовуються для побудови взаєморозуміння та обміну історіями між різними групами мешканців, що сприяє зниженню стереотипів та упереджень.

Організації, що працюють у цій сфері в Україні, зокрема ОБСЄ, УВКБ ООН, Українська фундація правової допомоги населенню та численні місцеві НУО, накопичили значний досвід застосування медіації та фасилітації у контексті внутрішнього переміщення. Цей досвід свідчить про необхідність адаптації стандартних методів до специфіки українського контексту:

травмоінформованість, увага до питань безпеки, урахування воєнного контексту та гнучкість щодо формату (онлайн/офлайн) залежно від безпекової ситуації.

Конфлікти, пов'язані з реінтеграцією ветеранів, є окремою важливою сферою застосування медіації та фасилітації. Ветерани, які повертаються з фронту, часто переживають труднощі з адаптацією до мирного життя, що може проявлятися у конфліктах з членами сім'ї, роботодавцями, сусідами та представниками державних органів. Медіація може допомогти у вирішенні конкретних конфліктів (наприклад, сімейних суперечок, спорів щодо працевлаштування або отримання послуг). Фасилітація – в організації груп підтримки ветеранів, діалогів між ветеранами та громадою, спільних обговорень щодо потреб та ресурсів.

Важливо зазначити, що робота з ветеранами потребує від медіатора та фасилітатора глибокого розуміння специфіки бойового досвіду, проявів ПТСР та моральної травми. Фахівець повинен уміти розпізнавати ознаки активації травматичних реакцій (гіпервігільність, емоційне заціпеніння, спалахи гніву) та мати навички деескалації та заземлення. Ко-медіація з фахівцем, який має досвід роботи з ветеранами, може бути особливо ефективною у цьому контексті.

Таблиця 9.29

Діалогові практики у повоєнному суспільстві

Практика	Формат	Мета	Приклади застосування
Кола зцілення (Healing Circles)	Мала група (8–15 осіб); «предмет розмови»; правила конфіденційності	Переживання та інтеграція травматичного досвіду; взаємна підтримка	Групи ВПО; ветерани; сім'ї загиблих
Діалогові платформи	Серія структурованих зустрічей; різні стейкхолдери	Обговорення суперечливих питань; пошук спільного бачення	Питання перехідного правосуддя; меморіалізація; мовна політика
Процеси свідчення (Testimony)	Публічні слухання або малі групи; запис свідчень	Визнання травматичного досвіду; відновлення гідності	Досвід окупації; переживання військовополонених
Громадські форуми	Відкриті зустрічі; фасилітовані обговорення	Залучення громади до прийняття рішень; відновлення довіри	Планування відновлення; розподіл ресурсів; пріоритети розвитку
Наративні практики	Збір та обмін історіями; наративні виставки	Побудова спільного наративу; інтеграція різних перспектив	Усна історія; фотовиставки; спільне картографування

Діалогові практики у повоєнному суспільстві. Повоєнне суспільство характеризується глибоким розколом, недовірою, поляризацією та наявністю різноманітних травм. Діалогові практики спрямовані на відновлення соціальної довіри, примирення та побудову спільного майбутнього. Вони включають: кола зцілення (healing circles) для переживання та інтеграції травматичного досвіду; діалогові платформи для обговорення суперечливих питань (наприклад, питання перехідного правосуддя); процеси свідчення (testimony) та визнання (acknowledgment) травматичного досвіду; фасилітовані зустрічі між різними групами, які опинилися по різні боки конфлікту.

Д. Ледерак запропонував концепцію «трансформації конфлікту», яка виходить за межі простого «вирішення» і спрямована на зміну глибинних структур, стосунків та культурних патернів, що підтримують конфлікт. Ця концепція є особливо релевантною для повоєнного контексту, де потрібні не лише тактичні рішення конкретних проблем, а й довгострокова трансформація соціальних відносин.

Конфлікти навколо процесів повоєнного відновлення є неминучими та потребують системного підходу. Типовими є конфлікти щодо пріоритетів відновлення (що відновлювати першим?), розподілу міжнародної допомоги (хто має право на підтримку?), перехідного правосуддя (як поєднати справедливість та примирення?), реінтеграції різних груп (ветерани, ВПО, мешканці деокупованих територій), а також символічні конфлікти (перейменування, меморіалізація, мовні питання). Медіація та фасилітація можуть відігравати ключову роль у конструктивному вирішенні цих конфліктів, але лише за умови урахування їхньої специфіки та обмежень.

Фасилітація процесів примирення потребує особливого підходу, який враховує глибину ран та складність контексту. Г. Лернер підкреслює, що примирення не означає забуття чи пробачення – воно означає здатність жити разом, визнаючи різний досвід та різні перспективи. Фасилітатор процесів примирення повинен мати глибоке розуміння травми, високий рівень емоційної зрілості та здатність утримувати простір для болючих та суперечливих переживань.

Практика медіації та фасилітації у соціальній роботі

Інтеграція медіаційних та фасилітаційних навичок у практику соціальної роботи потребує системного підходу. Соціальний працівник може використовувати ці навички у різних контекстах: як формальний медіатор чи

фасилітатор (ведення медіаційних сесій, фасилітація групових зустрічей); як неформальний посередник (використання медіаційних навичок у повсякденній роботі з клієнтами); як ініціатор діалогу (створення простору для конструктивної взаємодії у громаді); як консультант (навчання клієнтів навичкам конструктивного вирішення конфліктів).

Таблиця 9.30

Специфіка медіації та фасилітації у роботі з різними цільовими групами

Цільова група	Типові конфлікти	Особливості підходу	Рекомендовані методи
Сім'ї	Розлучення, опіка над дітьми, міжпоколінні конфлікти, спадкові спори	Урахування інтересів дітей; увага до балансу влади; чутливість до емоцій	Сімейна медіація; системна фасилітація; NVC
Діти та підлітки	Булінг, конфлікти з однолітками, суперечки з педагогами	Адаптація мови та методів до віку; залучення дорослих; навчання peer mediation	Шкільна медіація; кола; ігрові методи
Особи з інвалідністю	Доступ до послуг, дискримінація, сімейні конфлікти	Забезпечення доступності; урахування специфічних потреб; адвокація	Адаптована медіація; фасилітація самоадвокації
Люди похилого віку	Опіка, майнові спори, конфлікти з опікунами	Урахування когнітивних змін; повага до автономії; протидія ейджизму	Медіація з урахуванням вікових особливостей
Ветерани	Реінтеграція, сімейні конфлікти, труднощі адаптації	Травмоінформований підхід; розуміння бойового досвіду; терпіння	Кола ветеранів; сімейна медіація; групова фасилітація

Супервізія є необхідним компонентом професійного розвитку медіатора та фасилітатора. Вона забезпечує: рефлексію практики (аналіз проведених медіацій та фасилітацій); зворотний зв'язок від досвідченого колеги; емоційну підтримку (робота з конфліктами може бути емоційно виснажливою); професійне зростання (виявлення зон розвитку та планування навчання); дотримання етичних стандартів (обговорення складних етичних дилем).

Форми супервізії включають: індивідуальну супервізію (зустріч медіатора/фасилітатора з супервізором один на один); групову супервізію

(обговорення випадків у групі колег під керівництвом супервізора); інтервізію (взаємну супервізію між колегами рівного рівня); коучингову супервізію (фокус на розвитку конкретних навичок); онлайн-супервізію (з використанням відеозв'язку).

Профілактика професійного вигорання. Робота з конфліктами є емоційно інтенсивною діяльністю, яка може призводити до професійного вигорання, вторинної травматизації та втоми від співчуття. Профілактика вигорання медіаторів та фасилітаторів включає ті ж стратегії, що й для інших допоміжних професій, але має свою специфіку.

Таблиця 9.31

Стратегії профілактики вигорання медіатора та фасилітатора

Рівень	Стратегії	Конкретні дії
Індивідуальний	Самопіклування; усвідомленість; баланс	Регулярний відпочинок; фізична активність; практики mindfulness; хобі; підтримка особистих стосунків
Професійний	Рефлексія; супервізія; межі	Регулярна супервізія; ведення рефлексивного щоденника; чіткі межі робочого часу; обмеження кількості складних випадків
Організаційний	Підтримка; навчання; культура піклування	Забезпечення супервізії; ротація складних випадків; командна підтримка; дебрифінг після складних ситуацій

Рефлексивна практика. Рефлексивна практика – це систематичний процес аналізу власного професійного досвіду з метою навчання та вдосконалення. Д. Шон описав рефлексивного практика як фахівця, який здатний до «рефлексії-в-дії» (аналіз того, що відбувається, у момент дії) та «рефлексії-після-дії» (ретроспективний аналіз). Для медіаторів та фасилітаторів рефлексивна практика є особливо важливою, оскільки дозволяє усвідомлювати власні упередження, стереотипи та емоційні реакції, які можуть впливати на нейтральність та ефективність роботи.

Інструменти рефлексивної практики включають: рефлексивний щоденник (регулярний запис спостережень, роздумів та інсайтів після кожної медіації або фасилітації); модель Гіббса (опис ситуації, почуття, оцінка, аналіз, висновки, план дій); супервізійні кейси (підготовка та обговорення складних випадків);

відеоаналіз (перегляд та аналіз записів власних сесій); зворотний зв'язок від учасників (систематичний збір відгуків).

Модель рефлексії Г. Гібса є одним із найбільш практичних інструментів для систематичного аналізу професійного досвіду. Вона включає шість послідовних кроків. Перший крок – опис: що саме відбулося? Хто був присутній? Що ви робили? Що робили інші? Який був результат? Другий крок – почуття: що ви відчували під час ситуації? Що, на вашу думку, відчували інші учасники? Третій крок – оцінка: що було позитивного у цій ситуації? Що було негативного? Четвертий крок – аналіз: чому ситуація розвинулася саме так? Які фактори вплинули на результат? Що ви могли б зробити інакше? П'ятий крок – висновки: чого ви навчилися? Які навички вам потрібно розвинути? Шостий крок – план дій: що ви зробите наступного разу в подібній ситуації?

Виявлення та робота з упередженнями є особливо важливим аспектом рефлексивної практики медіатора та фасилітатора. Кожна людина має неявні упередження (implicit biases), які можуть впливати на сприйняття сторін конфлікту, інтерпретацію їхньої поведінки та прийняття рішень щодо процесу. Ці упередження можуть бути пов'язані з гендером, віком, етнічністю, соціальним статусом, освітою, зовнішнім виглядом та іншими характеристиками. Для усвідомлення своїх упереджень медіатор може використовувати: тест імпліцитних асоціацій (Implicit Association Test, IAT); рефлексивні запитання після кожної сесії («Чи було щось, що вплинуло на моє ставлення до однієї зі сторін?»); зворотний зв'язок від ко-медіатора або спостерігача; супервізію, де можна обговорити складні ситуації та свої реакції.

Етичні дилеми у практиці медіації та фасилітації. Практика медіації та фасилітації неминуче ставить перед фахівцем складні етичні дилеми, які не мають однозначних відповідей. Типовими дилемами є наступні. Дилема нейтральності: як зберегти нейтральність, коли одна зі сторін очевидно порушує права іншої? Наприклад, у сімейному конфлікті, де є ознаки психологічного насильства, медіатор може опинитися перед вибором між принципом нейтральності та обов'язком захисту вразливої сторони. У цьому випадку пріоритетом має бути безпека, навіть якщо це означає припинення медіації.

Дилема конфіденційності: як діяти, коли під час кокусу сторона повідомляє інформацію, яка є критично важливою для іншої сторони (наприклад, наміри сховати майно або плани щодо переїзду з дитиною)? Медіатор не може розголосити цю інформацію без згоди сторони, але продовження медіації без урахування цієї інформації може призвести до

несправедливої угоди. У таких ситуаціях медіатор може заохочувати сторону самостійно розкрити інформацію або, якщо це неможливо, розглянути питання про доцільність продовження медіації.

Дилема самовизначення: як реагувати, коли сторони досягають угоди, яка, на думку медіатора, є явно несправедливою або нереалістичною? Принцип самовизначення передбачає, що сторони мають право приймати власні рішення, навіть якщо медіатор з ними не погоджується. Однак медіатор має обов'язок забезпечити, щоб рішення було прийняте усвідомлено, добровільно та з повним розумінням наслідків. Якщо медіатор вважає, що угода є результатом маніпуляції або нерозуміння ситуації, він може запропонувати сторонам перевірити угоду з незалежним консультантом.

Дилема множинних ролей: соціальний працівник, який виступає як медіатор, може стикатися з ситуаціями, коли його професійний обов'язок допомогти клієнту суперечить вимозі нейтральності медіатора. Наприклад, якщо соціальний працівник одночасно надає послуги одній зі сторін конфлікту та виступає медіатором у цьому конфлікті, виникає серйозний конфлікт інтересів. Рекомендується чітко розмежовувати ролі: якщо соціальний працівник уже має стосунки з одним із учасників, краще направити справу до іншого медіатора.

Міжнародний досвід розвитку медіації у соціальній сфері. Міжнародний досвід розвитку медіації у соціальній сфері надає цінні уроки для України. У Фінляндії медіація є інтегрованою частиною системи соціального захисту, і соціальні працівники проходять обов'язкове навчання медіаційним навичкам. Програми сімейної медіації при розлученні є безкоштовними та доступними по всій країні. У Великій Британії програма Community Mediation забезпечує безкоштовну громадську медіацію для вирішення сусідських конфліктів через мережу місцевих центрів. У Канаді відновні практики широко впроваджені у роботу з корінними народами та у систему ювенальної юстиції. У Південній Африці досвід Комісії правди та примирення (Truth and Reconciliation Commission) став важливим прикладом застосування діалогових практик у контексті суспільної трансформації після конфлікту.

Для України особливо релевантним є досвід країн, що пройшли через збройні конфлікти: Боснії та Герцеговини, Колумбії, Руанди, Північної Ірландії. Кожна з цих країн розробила власні підходи до використання медіації та фасилітації у процесі повоєнного відновлення. Спільними рисами є: важливість місцевого контексту (неможливість механічного перенесення моделей з інших

країн); необхідність тривалих програм (відновлення довіри потребує років); залучення різних рівнів суспільства (від місцевих громад до національного рівня); поєднання правосуддя та примирення; важливість визнання та пам'яті.

Особливої уваги заслуговує досвід Колумбії, де після підписання мирної угоди з ФАРК у 2016 році було створено масштабну систему перехідного правосуддя, яка включає елементи відновного правосуддя, діалогові платформи та програми реінтеграції колишніх комбатантів. Цей досвід демонструє, що медіація та фасилітація можуть бути ефективними інструментами навіть у найскладніших постконфліктних контекстах, за умови їхньої адаптації до місцевих умов та поєднання з іншими механізмами правосуддя та відновлення.

Досвід Північної Ірландії є не менш показовим. Після підписання Белфастської угоди (1998) медіація та фасилітація діалогу стали ключовими інструментами побудови миру на рівні громад. Програми Community Relations Council та інших організацій забезпечували фасилітований діалог між протестантськими та католицькими спільнотами, що десятиліттями перебували у стані ворожнечі. Цей досвід підтверджує, що відновлення довіри є тривалим процесом, який потребує систематичних зусиль на рівні місцевих громад, і що роль фасилітаторів як «будівників мостів» між розділеними спільнотами є критично важливою.

Підсумовуючи, медіація та фасилітація є незамінними інструментами сучасної соціальної роботи. Вони дозволяють соціальному працівнику виходити за межі традиційної ролі «надавача послуг» і ставати агентом позитивних соціальних змін – тим, хто створює простір для діалогу, примирення та спільного пошуку рішень. В умовах сучасної України, де суспільство стикається з безпрецедентними викликами, пов'язаними з наслідками збройної агресії, масовим переміщенням та необхідністю відновлення, ці навички набувають особливої цінності та актуальності. Підготовка соціальних працівників, які володіють медіаційними та фасилітаційними компетенціями, є стратегічною інвестицією у майбутнє українського суспільства – суспільства, здатного вирішувати конфлікти мирним шляхом, будувати довіру та працювати разом заради спільного блага.

Побудова індивідуального плану професійного розвитку. Індивідуальний план професійного розвитку (ІППР) медіатора та фасилітатора – це структурований документ, який визначає конкретні цілі, етапи та ресурси для професійного зростання. ІППР зазвичай включає: самооцінку поточного рівня компетенцій (за моделлю IAF або іншою рамкою); визначення пріоритетних зон

розвитку; конкретні цілі на визначений період (3–6–12 місяців); дії для досягнення цілей (навчання, практика, супервізія, читання); індикатори досягнення; ресурси (час, гроші, підтримка); план переоцінки та коригування.

Типовий шлях професійного розвитку медіатора включає: базову підготовку (40–80 годин навчання); практику під супервізією (ко-медіація з досвідченим медіатором); самостійну практику з регулярною супервізією; спеціалізацію (сімейна, громадська, трудова медіація); менторство та навчання інших; сертифікацію (за наявності визнаної системи). В Україні Закон «Про медіацію» встановлює мінімальні вимоги до підготовки медіаторів, але система сертифікації ще перебуває на стадії формування.

Таблиця 9.32

Модель компетенцій медіатора для соціальної роботи

СФЕРА КОМПЕТЕНЦІЙ	ЗНАННЯ	НАВИЧКИ	ЦІННОСТІ ТА СТАВЛЕННЯ
Конфлікто-логічна	Теорії конфлікту; типологія; динаміка; ескалація	Аналіз конфлікту; оцінка медіабельності; стратегічне мислення	Конфлікт як можливість; конструктивний підхід
Комунікативна	Моделі комунікації; NVC; активне слухання	Парафраз; рефреймінг; постановка запитань; управління емоціями	Емпатія; повага; відкритість
Процесуальна	Етапи медіації; моделі; техніки	Ведення процесу; управління часом; робота з кокусом; складання угоди	Системність; гнучкість; орієнтація на результат
Етична	Етичні кодекси; правові основи; межі конфіденційності	Розпізнавання етичних дилем; прийняття етичних рішень	Нейтральність; справедливість; доброчесність
Культурна	Міжкультурна комунікація; вплив культури на конфлікт	Адаптація до культурного контексту; робота з перекладачем	Культурна чутливість; антидискримінація
Рефлексивна	Моделі рефлексії; супервізія; самопіклування	Самоаналіз; виявлення упереджень; управління стресом	Відкритість до зворотного зв'язку; навчання впродовж життя

Інтеграція медіаційних та фасилітаційних навичок у практику соціальної роботи є не лише бажаною, а й необхідною в сучасних умовах. Конфлікти є

невід'ємною частиною соціальної реальності, і соціальний працівник, який володіє інструментами їх конструктивного вирішення, здатний надавати більш якісну, ефективну та людиноцентровану допомогу. Медіація та фасилітація доповнюють традиційні методи соціальної роботи, збагачуючи арсенал фахівця та розширюючи його можливості для позитивного впливу на життя клієнтів, громад та суспільства в цілому.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 9.1. Психологія травми і травмуючих подій

1. Що таке психологічна травма? Чим вона відрізняється від звичайного стресу?
2. Охарактеризуйте основні етапи розвитку уявлень про психологічну травму в історії психології.
3. Порівняйте психоаналітичний, когнітивно-поведінковий та нейробіологічний підходи до розуміння травми.
4. У чому полягає полівагальна теорія Стівена Порджеса? Які її практичні імплікації для роботи з травмою?
5. Поясніть класифікацію травм Леоноре Терр (I та II тип). Наведіть приклади.
6. Опишіть роль HPA-вісі та мигдалеподібного тіла у стресовій відповіді на травматичну подію.
7. Які чотири кластери симптомів характеризують ПТСР за DSM-5?
8. Чим комплексний ПТСР відрізняється від класичного ПТСР? Які додаткові симптоми він включає?
9. Назвіть основні фактори ризику та захисні фактори розвитку ПТСР.
10. Що таке посттравматичне зростання? Які його основні прояви?
11. Які стандартизовані діагностичні інструменти використовуються для оцінки ПТСР?
12. З якими розладами необхідно проводити диференціальну діагностику ПТСР?
13. Яким чином дитяча травма впливає на розвиток мозку?
14. Поясніть значення дослідження несприятливого дитячого досвіду (ACE study) для розуміння зв'язку між дитячою травмою та здоров'ям.

15. Що таке дезорганізована прив'язаність і як вона пов'язана з ранньою травмою?

16. Порівняйте тривалу експозиційну терапію (PE) та когнітивну процесуальну терапію (CPT).

17. Опишіть основні принципи та фази EMDR-терапії.

18. У чому полягає метод соматичного переживання Пітера Левіна?

19. Охарактеризуйте трифазову модель лікування складної травми за Джудіт Герман.

20. Що таке вторинна травматизація? Чим вона відрізняється від професійного вигорання?

21. Які стратегії самопіклування найбільш ефективні для профілактики вторинної травматизації?

22. Опишіть основні техніки заземлення та стабілізації.

23. Що таке моральна травма і як вона проявляється у контексті воєнних дій?

24. Які особливості має психологічна травматизація цивільного населення в умовах війни?

25. Охарактеризуйте систему психологічної підтримки військовослужбовців на різних етапах (підготовка, бойові дії, повернення).

26. Що таке колективна травма і які підходи існують до суспільного зцілення?

27. Яким чином травмоінформований підхід може бути реалізований на рівні державної політики?

28. Поясніть концепцію міжпоколінної передачі травми. Які механізми є задіяними?

29. Яку роль відіграє соціальна підтримка у відновленні після травматичного досвіду?

30. Обґрунтуйте необхідність комплексного, мультидисциплінарного підходу до роботи з психологічною травмою.

До теми 9.2. Соціальна медіація та фасилітація

1. Що таке медіація? Чим вона відрізняється від арбітражу та судового розгляду?

2. Охарактеризуйте основні принципи медіації: добровільність, нейтральність, конфіденційність, самовизначення сторін.

3. У чому полягає відмінність між медіацією та фасилітацією? Які їхні спільні риси?

4. Опишіть нормативно-правове забезпечення медіації в Україні. Які основні положення Закону України «Про медіацію»?

5. Охарактеризуйте поняття конфлікту. Які елементи включає структура конфлікту?

6. Порівняйте теорії конфліктів Л. Козера, Р. Дарендорфа та Й. Галтунга.

7. Опишіть модель ескалації конфлікту Ф. Глазла. Яке її практичне значення для медіатора?

8. Охарактеризуйте стилі поведінки у конфлікті за моделлю Томаса–Кілменна. Коли доцільний кожен стиль?

9. Що таке ненасильницька комунікація (NVC) М. Розенберга? Опишіть її чотири компоненти.

10. Порівняйте фасилітативну, оціночну, трансформативну та наративну моделі медіації.

11. Які сфери застосування медіації у соціальній роботі? Наведіть приклади для кожної сфери.

12. Що таке відновні практики? Як вони пов'язані з медіацією?

13. Охарактеризуйте поняття медіабельності конфлікту. Які конфлікти не підлягають медіації?

14. Опишіть основні етапи медіаційного процесу.

15. Які техніки активного слухання використовуються у медіації? Наведіть приклади кожної.

16. Охарактеризуйте типи запитань у медіації та їхні функції.

17. Що таке рефреймінг? Наведіть приклади його застосування у медіації.

18. Опишіть техніку кокусу. Коли та як вона використовується?

19. Які вимоги висуваються до медіаційної угоди?

20. Які особливості має онлайн-медіація? Які її переваги та обмеження?

21. Охарактеризуйте поняття фасилітації та основні типи фасилітації.

22. Опишіть етапи розвитку групи за Б. Такманом. Яка роль фасилітатора на кожному етапі?

23. Що таке безпечний простір у фасилітації? Як його створити?

24. Порівняйте методи «Світове кафе», «Відкритий простір» та «Коло».

25. Охарактеризуйте метод «Шість капелюхів» Е. де Боно. Як він застосовується у фасилітації?

26. Опишіть методи прийняття групових рішень: консенсус, мультиголосування, матриця пріоритетів.

27. Які принципи планування фасилітаційної сесії? Які елементи включає дизайн сесії?

28. Охарактеризуйте особливості медіації та фасилітації у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

29. Що таке діалогові практики у повоєнному суспільстві? Як медіація та фасилітація сприяють відновленню соціальної довіри?

30. Опишіть специфіку медіації та фасилітації у роботі з різними цільовими групами: сім'ї, діти, ветерани, особи з інвалідністю.

31. Що таке супервізія медіатора/фасилітатора? Які її форми та функції?

32. Охарактеризуйте стратегії профілактики професійного вигорання медіаторів та фасилітаторів.

33. Що таке рефлексивна практика? Які інструменти рефлексії використовуються у медіації та фасилітації?

34. Які перспективи розвитку медіації та фасилітації в Україні?

35. Обґрунтуйте необхідність інтеграції медіаційних та фасилітаційних навичок у підготовку соціальних працівників.

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

До теми 9.1. Психологія травми і травмуючих подій

Завдання 1. Аналіз травматичного випадку.

Оберіть описаний у науковій літературі клінічний випадок травматичного досвіду. Проаналізуйте його за такими критеріями: тип травми (за класифікацією Леоноре Терр); основні симптоми та їхня відповідність критеріям ПТСР або кПТСР; фактори ризику та захисні фактори; можливі психофізіологічні механізми, задіяні в реагуванні на травму. Підготуйте письмовий аналіз обсягом 2–3 сторінки.

Завдання 2. Порівняльний аналіз терапевтичних підходів.

Складіть порівняльну таблицю основних психотерапевтичних підходів до роботи з травмою (КПТ, EMDR, соматичне переживання, наративна експозиційна терапія). Зазначте для кожного підходу: теоретичну основу, основні техніки, показання та протипоказання, доказову базу, переваги та обмеження.

Завдання 3. Розробка плану стабілізації.

На основі вивченого матеріалу розробіть план стабілізації для клієнта з комплексним ПТСР. План має включати: оцінку безпеки; техніки емоційної регуляції; техніки заземлення та стабілізації; стратегії роботи з дисоціацією; план кризового реагування; ресурси підтримки.

Завдання 4. Рефлексивне есе.

Напишіть рефлексивне есе (2–3 сторінки) на тему «Вплив вивчення психології травми на моє професійне та особистісне самоусвідомлення». Зверніть увагу на: які теми чи концепції справили на вас найбільше враження; як це знання може вплинути на вашу професійну практику; які стратегії самопіклування ви плануєте використовувати; як змінилося ваше розуміння травми та її наслідків.

Завдання 5. Групова дискусія «Травмоінформований підхід у суспільстві».

Підготуйте тези для групової дискусії на тему впровадження травмоінформованого підходу в одній із сфер: освіта, охорона здоров'я, соціальний захист, правосуддя. Визначте: основні принципи травмоінформованого підходу у вашій сфері; конкретні кроки для впровадження; можливі перешкоди та шляхи їх подолання; очікувані результати.

Завдання 6. Практикум із технік стабілізації.

Проведіть самостійну практику трьох різних технік заземлення та стабілізації (наприклад, «5-4-3-2-1», діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація). Ведіть щоденник протягом тижня, фіксуючи: яку техніку ви використовували; у якому контексті; які відчуття та ефекти ви помітили; яка техніка виявилася найбільш ефективною для вас особисто.

Завдання 7. Аналіз програми підтримки ветеранів.

Знайдіть та проаналізуйте одну з існуючих програм психологічної підтримки ветеранів (українську або міжнародну). Оцініть її з погляду: відповідності доказовим практикам; комплексності підходу; урахування потреб різних груп ветеранів; залучення сімей та громад; стійкості та масштабованості.

Завдання 8. Розробка психоедукаційного матеріалу.

Створіть психоедукаційний матеріал (буклет, інфографіку або коротку презентацію) для однієї з цільових аудиторій: для батьків – про ознаки травми у дітей та способи підтримки; для педагогів – про травмоінформований підхід у школі; для волонтерів – про профілактику вторинної травматизації; для громади – про нормалізацію реакцій на травматичні події.

До теми 9.2. Соціальна медіація та фасилітація

Завдання 1. Аналіз конфлікту.

Оберіть реальний або змодельований конфлікт із практики соціальної роботи. Проаналізуйте його за такими критеріями: сторони конфлікту та їхні характеристики; позиції, інтереси та потреби кожної сторони; тип конфлікту;

ступінь ескалації за моделлю Ф. Глазла; оцінка медіабельності. Підготуйте письмовий аналіз обсягом 2–3 сторінки.

Завдання 2. Порівняльний аналіз моделей медіації.

Складіть порівняльну таблицю чотирьох моделей медіації (фасилітативна, оціночна, трансформативна, наративна). Зазначте для кожної: теоретичну основу, роль медіатора, ключові техніки, переваги та обмеження, сфери застосування.

Завдання 3. Рольова гра «Медіаційна сесія».

У групах по 3–4 особи проведіть рольову гру медіації за запропонованим кейсом. Розподіліть ролі: медіатор, сторона 1, сторона 2, спостерігач. Проведіть медіацію (20–30 хвилин). Після завершення обговоріть процес: що вдалося, які труднощі виникли, що можна було б зробити інакше.

Завдання 4. Дизайн фасилітаційної сесії.

Розробіть дизайн фасилітаційної сесії (тривалістю 2 години) для однієї з ситуацій: стратегічне планування для громадської організації; обговорення інтеграційних заходів у громаді з ВПО; зустріч міждисциплінарної команди для обговорення складного випадку; громадські консультації щодо розподілу місцевого бюджету. Дизайн має включати: мету, учасників, послідовність активностей, методи, необхідні матеріали, план оцінки.

Завдання 5. Рефлексивне есе.

Напишіть рефлексивне есе (2–3 сторінки) на тему «Мій стиль поведінки у конфлікті та перспективи розвитку медіаційних і фасилітаційних навичок». Зверніть увагу на: ваш типовий стиль поведінки у конфлікті (за моделлю Томаса–Кілменна); ваші сильні сторони та зони розвитку як потенційного медіатора/фасилітатора; конкретні кроки для розвитку цих навичок; як вивчений матеріал змінив ваше розуміння конфліктів та їх вирішення.

Завдання 6. Практикум із технік NVC.

Протягом тижня практикуйте техніки ненасильницької комунікації (NVC) у повсякденному житті. Ведіть щоденник, фіксуючи: ситуації, в яких ви

застосовували NVC; конкретні спостереження, почуття, потреби та прохання; реакцію співрозмовника; ваші рефлексії. Підготуйте звіт про результати практикуму.

Завдання 7. Аналіз програми медіації.

Знайдіть та проаналізуйте одну з існуючих програм медіації в Україні (при суді, у громаді, у школі тощо). Оцініть її за такими критеріями: відповідність принципам медіації; кваліфікація медіаторів; доступність для різних груп населення; ефективність (за наявності даних); перспективи розвитку.

Завдання 8. Групова дискусія «Медіація та фасилітація у повоєнному суспільстві».

Підготуйте тези для групової дискусії на тему: «Якою може бути роль медіації та фасилітації у процесі повоєнного відновлення України?». Зверніть увагу на: типові конфлікти повоєнного суспільства; можливості та обмеження медіації у цьому контексті; роль фасилітації у відновленні соціальної довіри; конкретні пропозиції щодо впровадження.

ТЕМИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як психологічна травма змінює сприйняття людиною себе, світу та інших людей і чому це є критично важливим для соціальної роботи?
2. Як різні підходи до розуміння травми (психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, нейробіологічний, екологічний) доповнюють один одного у практиці допомоги?
3. Як відрізняються наслідки травми I та II типу і які це має наслідки для вибору стратегії допомоги клієнту?
4. Як нейробіологічні механізми травми (робота мозку, нервової системи) впливають на поведінку та емоційні реакції клієнтів?
5. Як можна пояснити розвиток ПТСР і чому лише частина людей після травми його переживає?
6. Як дитяча травма впливає на розвиток особистості, стосунки та життєві сценарії у дорослому віці?

7. Як різні психотерапевтичні підходи до роботи з травмою (КПТ, EMDR, соматичні методи) відображають різні уявлення про природу травми?

8. Як професійна діяльність соціального працівника може призводити до вторинної травматизації і як цьому можна запобігти?

9. Як воєнний контекст трансформує характер психологічної травми та підходи до надання допомоги різним групам населення?

10. Як колективна травма впливає на суспільство в цілому і які механізми можуть сприяти суспільному зціленню?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

До теми 9.1. Психологія травми і травмуючих подій

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/107163/

2. Адамова О. С. Засади трансгенераційного підходу в психології травми. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 30–33. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-8

3. Бровченко А. К. Соціальне відторгнення як чинник ризику деформації ідентичності у підлітків із порушеннями психофізичного розвитку. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 34–37. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-9

4. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік: мозок, розум і тіло в зціленні травми. Київ : Наш формат, 2021. 464 с.

5. Волошенюк Т. В. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців та ветеранів війни. *Вісник фармації.* 2024. № 1. С. 131–135. https://doi.org/10.32782/3041-1351/2025-2-4

6. Галич М. Ю. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія.* 2022. № 1. С. 22–28. URL: https://doi.org/10.33270/03223001.22

7. Глущук А., Кандибал А., Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник*

Національного університету оборони України. 2024. № 2(6). URL: https://visnyk.nuou.org.ua/article/view/314065/306714

8. Грись А. М., Максимова Н. Ю. Вплив ситуації психотравми на ментальне здоров'я підлітків. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 41–44. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-11

9. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період. Дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. н. за спец. «Психологія діяльності в особливих умовах». Київ, 2019. URL: https://nuou.org.ua/assets/dissertations/diser/diser-zubovskyi.pdf

10. Іваненко Б. Б. Самотність як психологічна травма в умовах воєнної реальності в Україні. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 8–12. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-2

11. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/741842

12. Карпенко Є. Психодрама в умовах війни: терапевтичний потенціал для подолання травми та підвищення стійкості. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2025. № 8(62). URL: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1337-1350

13. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/klymchuk-mono-2020.pdf

14. Клінічна настанова «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (адаптація Australian Guidelines, 2021). МОЗ України, 2024. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf

15. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с. URL: https://files.core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf

16. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_Psykholohichna_reabilitatsiia_vsk.pdf

17. Королькова Т. Сучасні засоби психологічного відновлення військовослужбовців з ознаками психологічної травми. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 2(48). URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2(48)-1510-1518

18. Крижановська З., Бабак К., Радчук Н. Прояви депресії серед молодих людей з досвідом травми. *Acta Paedagogica Volyniense*s. 2025. № 5. С. 106–112. URL: https://doi.org/10.32782/apv/2025.5.15

19. Куліш О. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним розладом. Проблеми сучасної психології. 2022. № 1. С. 46–52. URL: https://www.researchgate.net/publication/360959602_PSIHOTERAPIA_TA_PSIHOKOREKCIA_OSOBISTOSTI_Z_POSTTRAVMATICNIM_STRESOVIM_ROZLADOM

20. Куліш О. В., Сірик І. В. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у підлітків із внутрішньо переміщених осіб. Габітус. 2023. Вип. 46. С. 261–266. URL: https://habitus.od.ua/journals/2023/46-2023/43.pdf

21. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Актуальні проблеми психології. 2016. Т. І. Вип. 45. С. 120–127. URL: http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/23.pdf

22. Левін П. Зцілення травми. Пробудження тигра. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 280 с.

23. Макаренко А. О. Психічна травма та її вплив на довіру: від непомітного до неможливого. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 45–48. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-12

24. Макарова Л. Т. Втрата, долання кризи ідентичності та шлях відновлення через побудову майбутнього. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 49–53. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-13

25. Опацька Т. А. Особливості психофізичних реакцій на стрес у дорослих. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 12–16. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-3

26. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник / за заг. ред. Б. Лазоренка. Т. 1–3. Київ : Сварог, 2023. URL: https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf

27. Перепелиця А. В., Опанасюк О. Ю. Психологічні травми та труднощі адаптації як соціально-психологічні проблеми внутрішньо переміщених осіб.

Слобожанський науковий вісник. 2024. Вип. 1. С. 148–151. URL: https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/330/307

28. Перрі Б. Д., Вінфрі О. Що з тобою сталося? Про травму, психологічну стійкість і зцілення. Київ : BookChef, 2022. 288 с.

29. Про затвердження плану заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Наказ МОЗ України від 21.06.2024 № 572-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-р#Text

30. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при реакції на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0121282-16#Text

31. Про організацію надання психосоціальної допомоги: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/z0126-24

32. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III : станом на 1 січ. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text

33. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text

34. Профілактика девіацій розвитку особистості у складних життєвих обставинах: монографія / Н.Ю. Максимова та ін.; за ред. Н. Ю. Максимової. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 250 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/742767

35. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події : навчально-методичний посібник / Козлова А., Журавель Т. та ін. Київ, 2022. URL: https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054602.pdf

36. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : методичний посібник / Кокун О. М. та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/ПОСІБ_Профіл_психотравматизації_з%20ISBN.pdf

37. Психологічне діагностування проявів адаптаційних розладів у суб'єктів освітнього простору в умовах воєнного стану і післявоєнного відновлення країни : практичний посібник / [Н. В. Пророк, С. Т. Бойко та ін.];

за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 220 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/737541/

38. Рибалко Л. М., Жамардій В. О., Замахін А. Л. Подолання посттравматичних стресових розладів в умовах правового режиму воєнного стану. *Rehabilitation and Recreation.* 2024. Том 18. № 3. URL: https://rehabrec.org/index.php/rehabilitation/article/view/516/434

39. Розов В. І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 46–52. URL: http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/304

40. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін. ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/717518/

41. Стахнів О. М. Особливості переживання військовими травми полону. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 16–19. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-4

42. Столярчук О., Жорова С. Особливості переживання психічної травми внутрішньо переміщеними дітьми. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 7(53). URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1598-1608

43. Столярчук О., Каліщук С., Рева О. Феномен колективної травми українського суспільства в екстремальних подіях війни. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. № 8(48). URL: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-8(48)-1696-1708

44. Столярчук О., Цюман Т. Домашнє насильство як чинник психічної травми дітей: пролонговані наслідки. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 7(53). URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1609-1621

45. Стрельченко Д. В. Терапевтична парадигма Піта Волкера: від виживання до процвітання в роботі з комплексним посттравматичним стресовим розладом (кПТСР). *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 5–7. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-1

46. Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024. 130 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2024/05/tytar-mono-24.pdf

47. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/722833/

48. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/160006893.pdf

49. Федоренко Ю. А. Деформація особистості військовослужбовця як наслідок психологічної травми. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 20–23. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-5

50. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 160 с.

51. Цюпенко Т. А. Роль емоційного інтелекту у відновленні ідентичності, порушеної внаслідок психотравматичного досвіду. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 54–57. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-14

52. Чуревич О. В., Петринич О. Г. Особливості переживання травматичного стресу дітьми та підлітками. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 24–26. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-6

53. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR). Київ : Діалектика, 2023. 336 с.

54. Яворська-Вєтрова І. В. Зростання після травми: техніки зміцнення психологічних ресурсів особистості. *Психологічне благополуччя та ментальне здоров'я в умовах невизначеності*. 2025. С. 279–282. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-496-5-80

55. Ямкова Т. М. Особливості прояву емпатії майбутніми фахівцями з психології в роботі з психотравмами. *Зцілення травми. Наука, підходи, практика. Частина 1*. 2025. С. 27–29. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-510-8-7

56. Adler J. M., Schwaba T. Beyond "post," "traumatic," "growth," and prediction in research on posttraumatic growth. *American Psychologist*. 2024. Vol. 79, no. 8. P. 1227–1240. URL: https://doi.org/10.1037/amp0001398

57. Avram F., Batariga F. Trauma, stress, coping mechanisms and psychotherapy specific to mental trauma. *10th SWS International Scientific Conferences on social sciences - ISCSS 2023*, Vienna, Austria, 27–29 November 2023. 2023. URL: https://doi.org/10.35603/sws.iscss.2023/sv05.12

58. Bybee S. Posttraumatic growth: reframing job market challenges and lessons learned. *Innovation in Aging*. 2024. Vol. 8, Supplement_1. P. 469. URL: https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.1526

59. Byra S., Ćwirynkało K. Relationship between Sense of Stress and Posttraumatic Growth. *Family Forum*. 2024. Vol. 13. P. 241–263. URL: https://doi.org/10.25167/ff/4812

60. Chemodurova Y. M. Psychological models of the phenomenon of posttraumatic personality growth. *Scientific notes of Taurida National V.I. Vernadsky University, series Psychology*. 2024. No. 4. P. 28–33. URL: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/05

61. Correction to Posttraumatic Growth fter MDMA-Assisted Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2024. URL: https://doi.org/10.1002/jts.23097

62. EMDR-терапія: від опрацювання травми війни до побудови метакогнітивних стратегій / О. Панченко та ін. *Освітньо-науковий простір*. 2025. Т. 1, № 8 (1). С. 94–110. URL: https://doi.org/10.31392/onp.2786-6890.8(1)/1.2025.09

63. Kelly J. D. Your Best Life: Turning Posttraumatic Stress Into Posttraumatic Growth. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2024. URL: https://doi.org/10.1097/corr.0000000000003259

64. Marich J. EMDR Therapy, Mindfulness, and Posttraumatic Growth. *The Oxford Handbook of EMDR*. 2024. URL: https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780192898357.013.38

65. Motta R. W. Childhood Secondary Trauma. *Secondary Trauma*. Cham, 2023. P. 5–20. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-031-44308-4_2

66. Posttraumatic Growth. *Encyclopedia of Heroism Studies*. Cham, 2024. P. 1610. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-031-48129-1_301404

67. Shakespeare-Finch J., Scully P. J. Psychoeducation, Leadership, and Interventions. *Trauma, Resilience, and Posttraumatic Growth in Frontline Personnel*. New York, 2024. P. 14–23. URL: https://doi.org/10.4324/9781003292807-3

68. Trauma, Resilience, and Posttraumatic Growth in Frontline Personnel / J. Shakespeare-Finch et al. New York : Routledge, 2024. URL: https://doi.org/10.4324/9781003292807

До теми 9.2. Соціальна медіація та фасилітація

1. Адвокат та медіація : практичний посібник / за заг. ред. Л. Романадзе. Київ : НААУ, 2022. 128 с. URL: https://unba.org.ua/assets/uploads/publications/Адвокат%20та%20медіація.pdf

2. Альтернативні способи вирішення цивільних спорів за законодавством України : навч. посібник / О. Верба-Сидор, У. Воробель, Н. Грабар, А. Дутко, Ю. Юркевич ; за ред. Ю. Юркевича. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2021. 264 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/3835/1/verba-sydor_26-05-21.pdf

3. Белозерцева-Баранова Ю. Є., Скороходова Ю. В. Навички комунікації та фасилітації при консультуванні пацієнтів без фізичного контакту. *Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація*. 2024. С. 129–131. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-34

4. Близнюкова О. М., Галушко Л. Я., Мельничук І. Я. Прийняття управлінських рішень як процес: можливості застосування фасилітації. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 2. С. 100–103. URL: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.20

5. Божко І. Робота шкільної служби медіації. *Distance Education in Ukraine: Innovative, Normative-Legal, Pedagogical Aspects*. 2024. № 4. С. 177–186. URL: https://doi.org/10.18372/2786-5495.1.18893

6. Бондарчук Н., Мошківська Н. Сучасні тенденції впровадження медіації в Україні. *Entrepreneurship, Economy and Law*. 2020. № 6. С. 11–15. URL: https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.6.02

7. Борисова, Ю. В. Роль соціальної послуги медіації в урегулюванні подружніх конфліктів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Психологія* / редкол.: У. Б. Михайлишин (голов. ред.), О. Т. Смук, В. М. Корольчук та ін. – Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2024. Вип. 1. С. 42–46. URL: http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/273/351

8. Вілкінсон М. Секрети фасилітації: SMART-посібник із результативної роботи в групі / пер. з англ. Київ : Наш Формат, 2021. 400 с.

9. Волкова Н. О. Архітектура спілкування в медіації: стратегічні інструменти діалогу. *Права людини та публічне врядування*. 2025. С. 320–323. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-501-6-84

10. Горанін В. Ю., Волженцева І. В. Концепція «Peer-to-peer» як різновид ефективної фасилітації «ветеран – ветерану» в навчальному процесі. *Третій рівень освіти в україні: становлення та тенденції*. 2023. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-331-9-2

11. Державний стандарт соціальної послуги медіації : Наказ М-ва соц. політики України від 03.06.2024 № 269-Н : станом на 29 серп. 2024 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1160-24#Text

12. Деркач В.В. Конституційно-правове забезпечення розвитку медіації в Україні. *Часопис Київського університету права.* Український науково-теоретичний часопис. 2023. № 1. С. 56-60. URL: https://cutt.ly/f67Puzu

13. Директива 2008/52/ЄС Європейського парламенту і Ради від 21.05.2008 про деякі аспекти медіації у цивільних та комерційних справах. URL: https://ukrmediation.com.ua/images/DOCS/Model-documents/mediation-directive-ukr.pdf

14. Закон України «Про медіацію» : науково-практичний коментар / Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна». Київ, 2022. URL: https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/komentar_pro_mediaciu_compressed.pdf

15. Івацко Т. Моделі медіації: практика та механізми впровадження. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Екологія. Публічне управління та адміністрування»*. 2023. № 4. С. 82–88. URL: https://doi.org/10.32782/2786-5681-2023-4.12

16. Ізбаш О. О. Міжнародний досвід запровадження медіації. *Kyiv Law Journal*. 2023. № 3. С. 33–38. URL: https://doi.org/10.32782/klj/2023.3.5

17. Калашлінська М. В. Забезпечення конфіденційності в медіації політичних конфліктів. *Політичне життя*. 2024. № 1. С. 33–39. URL: https://doi.org/10.31558/2519-2949.2024.1.5

18. Калениченко Р. А., Коханець А. С. Конфліктологія і психологія управління : навч. посібник. Київ : Компринт, 2021. 167 с. URL: https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi66/0048705.pdf

19. Каращук К. Інститут медіації У Бельгії. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 5(23). URL: https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-5(23)-537-546

20. Каращук К. Процедура медіації та примусове виконання угоди за результатами медіації у ФРН. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 4(32). URL: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-4(32)-386-393

21. Карпенко З., Гуляс І. Поетична психотерапія як засіб фасилітації духовної трансформації особистості. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2021. С. 35–47. URL: https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2021.13(58).04

22. Конституція України від 28.06.1996. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр

23. Корж В. Медіація в роботі соціального працівника з сім'єю: кваліфікаційна робота. Чернівці: 2024. 71 с. URL: https://archer.chnu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12004/m_educ_2025_001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Костиря І. В., Анохіна А. О. Використання ефекту соціальної фасилітації для формування лідерських якостей у майбутніх психологів : thesis. 2019. URL: http://repository.kpi.kharkov.ua/handle/KhPI-Press/45217

25. Косьміна М., Лютий В. Програми шкільної медіації в Україні. *Grail of Science*. 2022. № 22. С. 77–81. URL: https://doi.org/10.36074/grail-of-science.25.11.2022.12

26. Кухарчук П. Державна політика впровадження медіації в Україні. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 4(22). URL: https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-4(22)-382-392

27. Кухарчук П. Механізми медіації в країнах Європейского Союзу. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 2(30). URL: https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-2(30)-166-176

28. Медіація у професійній діяльності юриста : підручник / авт. кол.: Т. Білик, Р. Гаврилюк, І. Городиський та ін. ; за ред. Н. Крестовської, Л. Романадзе. Одеса : Екологія, 2019. 456 с. URL: https://sk.ua/wp-content/uploads/2018/01/медіація-підручник.pdf

29. Медіація.UA: нові підходи та інструменти менеджменту конфліктів у сучасних умовах : колект. монографія / за ред. О. А. Сєдашової, О. М. Карпової. Київ : Університет економіки та права «КРОК», 2022. 185 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/monografiji/siedashova_karpova_0001.pdf

30. Молдованов А. Аспектний аналіз проблеми фасилітації. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 9(27). URL: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-9(27)-293-302

31. Мурач Д., Гончарова А. Міжнародна практика реалізації сімейної медіації. *Грааль науки*. 2022. № 11. С. 99–101. URL: https://doi.org/10.36074/grail-of-science.24.12.2021.016

32. Новосад І. В. Роль медіації в діяльності юридичної клініки. *Історико-правовий часопис*. 2023. Т. 21, № 2. С. 49–53. URL: https://doi.org/10.32782/2409-4544/2023-2/7

33. Озерський І. В. Актуальні проблеми медіації в юрисдикційному процесі України : навч. посіб. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2020. 248 с. URL: https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/353/1/Озерський%20І.%20В.%20Актуальні%20проблеми%20медіації%20у%20юрисдикційному%20процесі%20України.pdf

34. Оніпко З. Особливості застосування педагогічної фасилітації в процесі підготовки майбутніх фахівців з вищою освітою. *Наука і техніка сьогодні*. 2024. № 6(34). URL: https://doi.org/10.52058/2786-6025-2024-6(34)-583-592

35. Про медіацію: Закон України № 1875-IX від 16.11.2021. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1875-20#Text

36. Протас О. Медіація як технологія соціального супроводу дітей, які перебувають в складних життєвих обставинах. *Актуальні питання гуманітарних наук.* 2022. Вип 52. Т. 3. С. 178-183. URL: https://doi.org/10.24919/2308-4863/52-3-26

37. Рахліс В. Л., Павленко О. О. Переговори і медіація : підручник для підготовки професійного переговірника. Харків : Фоліо, 2020. 368 с.

38. Результативний конфлікт: незгода - це сила, що працює на вас/ Пітер Т. Коулман, Роберт Фергюсон ; пер. з англ. Інни Софієнко ; ред. І. Чиркова - Київ : Наш формат, 2017.

39. Синиця А. Особливості бізнес-медіації. *Юридична газета*. 2019. 17 верес. С. 41.

40. Слінько Т. М., Грибовська А. А. Інститут медіації: конституційно-правові аспекти. *Право.ua*. 2023. № 4. С. 18–23. URL: https://doi.org/10.32782/law.ua.2023.4.3

41. Собкович В. Застосування медіації при вирішенні сімейних спорів. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2025. № 5(59). URL: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-5(59)-2151-2166

42. Суліцький В. Переговори в соціальній роботі. Ввічливість. *Humanitas*. 2023. № 1. С. 116–124, URL: https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.1.17

43. Цивільний процесуальний кодекс України (глава 4 «Врегулювання спору за участю судді»). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15

44. Чичекова Г. С. Психологічні аспекти сімейної медіації : магістерська робота. 2021. URL: https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/6468

45. Шарафін О. В. Правові засади гуманістичності медіації. *Права людини та публічне врядування*. 2025. С. 356–359. URL: https://doi.org/10.36059/978-966-397-501-6-94

46. Шестак Л. В., Федоренко Д. В. Проблематика медіації в адміністративному процесі. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. № 5. С. 132–136. URL: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.5.23

47. Шинкар Т. Розвиток інституту медіації в Україні як альтернативного способу врегулювання спорів. *Національні інтереси України*. 2025. № 8(13). URL: https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8(13)-505-521

48. Яновицька А., Гусонька З. Стандартизація медіації. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 2(20). URL: https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-2(20)-596-604

49. Яременко О., Кононенко В., Назаренко М. Інституціоналізація медіації як ефективного інструменту врегулювання спорів з органами місцевого самоврядування: зарубіжний досвід та українські перспективи. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2025. № 2(56). URL: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-2(56)-693-704

50. Bakhmach L. The conception and significance of facilitation in the studies of foreign scientists. *Visnyk Taras Shevchenko National University of Kyiv. Pedagogy*. 2019. № 2 (10). P. 5–8. URL: https://doi.org/10.17721/2415-3699.2019.10.01

51. Horislavska I. Correlation of mediation as an alternative way to protect civil rights and interests and tort liability. *Law. Human. Environment*. 2023.№ 14(1). P. 23-36. URL: https://doi.org/ 10.31548/law/1.2023.23

52. Lukashova L. Scientific approaches to evaluation of efficiency of facilitation of small business development. *State and regions. Series: Economics and Business*. 2020. № 3(114). URL: https://doi.org/10.32840/1814-1161/2020-3-10

53. Lukashova L. The theories and models of facilitation of entrepreneurial activity. *Herald UNU. International Economic Relations And World Economy*. 2019. № 27. URL: https://doi.org/10.32782/2413-9971/2019-27-19

54. Ndirang M. Why is Professional Mediation is a Tool for Social Workers, Child Protection & Carers. URL: https://www.linkedin.com/pulse/why-professional-mediation-tool-social-workers-child-carers-ndirangu

55. Norutė R., Garšvė L. Mediation principles in social work. Professional studies: The ory and Practice. 2021. № 8 (23). P. 94-102. URL: https://svako.lt/uploads/svako-pstp-2021-8-23-94-102.pdf

56. Patsurkivskyy P., Havrylyuk R. Mediation as a value and chance for Ukraine. *Legal Bulletin*. 2021. P. 54–62. URL: https://lbku.krok.edu.ua/index.php/legal-bulletin/article/view/317

57. Stepanenko V. Means of facilitation in the formation of critical thinking of students of higher education in socionomic specialties. *Bulletin of Luhansk Taras Shevchenko National University*. 2022. № 6 (354). P. 86–91. URL: https://doi.org/10.12958/2227-2844-2022-6(354)-86-91

58. Using mediation to help you separate. URL: https://www.citizensadvice.org.uk/family/how-to-separate1/mediation-to-help-you-separate/

РОЗДІЛ 10.
НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА МАГІСТРАНТА

Науково-дослідна робота є невід'ємною складовою освітнього процесу на другому (магістерському) рівні вищої освіти. Як зазначає Закон України «Про вищу освіту» (2014), магістр - це освітній ступінь, що здобувається на основі бакалавра та передбачає здобуття поглиблених теоретичних та/або практичних знань, умінь, навичок за обраною спеціальністю, *загальних засад методології наукової та/або професійної діяльності* (ст. 5).

Отже, оволодіння методологією та методикою наукового дослідження є обов'язковим результатом навчання магістранта.

За визначенням В. Краєвського та Є. Бережнової (2006), науково-дослідна діяльність - це *особливий вид пізнавальної діяльності, спрямований на отримання нового знання про педагогічну (соціальну) дійсність*.

Для магістранта спеціальності «Соціальна робота» ця діяльність реалізується насамперед через підготовку кваліфікаційної (магістерської) роботи, яка демонструє здатність самостійно вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у сфері соціальної роботи із застосуванням наукових методів.

Цей розділ присвячений ключовим аспектам науково-дослідної роботи магістранта: організації дослідження, методам збору та аналізу даних, оформленню результатів та академічній доброчесності. Матеріал спирається на сучасні підходи до методології соціальних досліджень (Creswell & Creswell, 2018; Bryman, 2016; Rubin & Babbie, 2017) та вітчизняний досвід підготовки магістрів (Сисоєва & Кристопчук, 2013; Семигіна, 2018).

10.1. Організація наукового дослідження

Наукове дослідження - це цілеспрямований процес пізнання, що здійснюється за допомогою наукових методів і має на меті отримання нових знань про досліджуваний об'єкт (Новіков & Новіков, 2010). На відміну від буденного пізнання, наукове дослідження характеризується системністю, обґрунтованістю, відтворюваністю результатів та використанням спеціальних методів.

У *соціальній роботі* наукові дослідження мають специфіку, пов'язану з об'єктом дослідження - соціальними процесами, явищами та людьми у складних

життєвих обставинах. Як зазначають А. Рубін та Е. Беббі (Rubin & Babbie, 2017), дослідження у *соціальній роботі* повинні бути не лише науково коректними, а й етично обґрунтованими та практично орієнтованими.

За метою дослідження поділяються на:

Фундаментальні дослідження спрямовані на отримання нового знання про закономірності соціальних процесів без безпосередньої орієнтації на практичне застосування. У соціальній роботі це можуть бути дослідження природи соціальної вразливості, механізмів формування резильєнтності тощо.

Прикладні дослідження орієнтовані на вирішення конкретних практичних проблем. Більшість магістерських робіт у соціальній роботі належать саме до цього типу - вони спрямовані на розробку, апробацію або оцінку ефективності конкретних методів, програм, технологій соціальної роботи.

За характером отримуваних даних виділяють:

Кількісні дослідження (quantitative research) базуються на вимірюванні соціальних явищ за допомогою числових показників, статистичному аналізі даних та перевірці гіпотез. Вони дозволяють встановити закономірності, визначити кореляції між змінними, узагальнити результати на більшу популяцію (Creswell & Creswell, 2018).

Якісні дослідження (qualitative research) спрямовані на глибинне розуміння соціальних явищ, суб'єктивних смислів та досвіду учасників. Вони використовують інтерв'ю, спостереження, аналіз документів і не передбачають статистичних узагальнень (Flick, 2018).

Змішані методи (mixed methods) поєднують кількісні та якісні підходи для отримання більш повної картини досліджуваного явища. За Дж. Кресвелом (Creswell & Plano Clark, 2018), змішані методи особливо цінні для дослідження складних соціальних проблем, де жоден підхід окремо не дає вичерпної відповіді.

Організація наукового дослідження передбачає послідовне проходження низки етапів. Хоча різні автори виділяють різну кількість етапів, більшість погоджується з такою загальною логікою (Новіков & Новіков, 2010; Creswell & Creswell, 2018):

1**. Визначення проблеми та теми дослідження.** *Наукова проблема* - це суперечність між наявним знанням та потребою в новому знанні. Тема

дослідження конкретизує проблему, окреслюючи межі дослідження. Вдало сформульована тема повинна бути актуальною, конкретною, реалістичною для виконання в задані терміни та відповідати профілю підготовки магістранта.

2. **Формулювання мети та завдань.** *Мета* - це очікуваний кінцевий результат дослідження, відповідь на питання «що потрібно отримати?». Завдання конкретизують мету, визначаючи послідовні кроки її досягнення. Зазвичай виділяють 4-6 завдань, кожне з яких відповідає певному етапу роботи або розділу.

3. **Визначення об'єкта та предмета дослідження.** *Об'єкт* - це фрагмент дійсності, на який спрямована пізнавальна діяльність дослідника (наприклад, процес соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб). Предмет – це властивість або аспект об'єкта, що безпосередньо вивчається (наприклад, організаційно-педагогічні умови соціальної адаптації ВПО засобами соціального супроводу).

4. **Формулювання гіпотези.** *Гіпотеза* - це наукове припущення, яке потребує перевірки. Вона має бути сформульована як твердження, що піддається емпіричній верифікації або фальсифікації. У кількісних дослідженнях гіпотези формулюються чітко й операціоналізовано; у якісних дослідженнях вони можуть бути більш гнучкими або взагалі формуватися в процесі дослідження.

5. **Вибір методології та методів.** *Методологія* визначає загальний підхід до дослідження (позитивістський, інтерпретативний, критичний тощо). *Методи* - це конкретні способи збору та аналізу даних, які обираються відповідно до мети, предмета та методології дослідження.

6. **Збір емпіричних даних.** Цей етап передбачає безпосередню роботу з респондентами, документами або іншими джерелами інформації відповідно до розробленої програми дослідження.

7. **Аналіз та інтерпретація даних.** *Зібрані дані* систематизуються, аналізуються за допомогою обраних методів (статистичних, якісних) та інтерпретуються у світлі теоретичних засад дослідження.

8. **Формулювання висновків та рекомендацій.** На основі результатів аналізу формулюються відповіді на поставлені завдання, робляться узагальнення та висновки, а також практичні рекомендації для впровадження результатів.

9. **Оформлення результатів.** Результати дослідження оформлюються у вигляді кваліфікаційної роботи, наукових статей, тез доповідей тощо відповідно до встановлених вимог.

Науковий апарат (методологічний апарат) дослідження - це система взаємопов'язаних елементів, що визначають логіку та структуру наукової роботи.

До основних елементів наукового апарату належать:

Актуальність теми обґрунтовує необхідність проведення дослідження. Вона розкривається через соціальну значущість проблеми (соціальне замовлення), ступінь її наукової розробленості (теоретичне замовлення) та практичну потребу (практичне замовлення). За С. Гончаренком (2008), актуальність має показувати протиріччя між соціальною потребою та наявним рівнем знань або практики.

Ступінь розробленості проблеми демонструє обізнаність дослідника з наявними науковими працями за темою. Огляд літератури систематизується за напрямами: теоретико-методологічні засади, окремі аспекти проблеми, емпіричні дослідження тощо. Важливо не лише перерахувати авторів, а й виявити «білі плями» - аспекти, що потребують подальшого вивчення.

Наукова новизна визначає внесок дослідження в науку. У магістерській роботі вона може полягати в: уточненні понять, виявленні нових закономірностей, розробці нових методик, адаптації зарубіжного досвіду тощо. Новизна формулюється за принципом: «уперше...», «удосконалено...», «набуло подальшого розвитку...».

Теоретичне значення показує внесок у розвиток теорії: доповнення концептуальних положень, розширення понятійного апарату, збагачення методології тощо.

Практичне значення визначає можливості використання результатів дослідження на практиці: у діяльності соціальних служб, у навчальному процесі, у підвищенні кваліфікації фахівців тощо.

Програма дослідження - це документ, що визначає стратегію та тактику дослідження. За В. Ядовим (2007), програма включає методологічний та процедурний розділи.

Методологічний розділ містить: *формулювання проблеми; визначення об'єкта та предмета; мету та завдання; інтерпретацію основних понять; формулювання гіпотез; визначення вибірки.*

Процедурний розділ включає: обґрунтування методів збору даних; опис інструментарію (анкети, бланки інтерв'ю тощо); план обробки та аналізу даних; робочий план дослідження з термінами виконання етапів.

Календарний план дослідження розподіляє роботу в часі та є інструментом самоорганізації магістранта.

Типовий план магістерського дослідження включає етапи: підготовчий (вибір теми, складання бібліографії, написання вступу); теоретичний (аналіз літератури, написання першого розділу); емпіричний (розробка інструментарію, збір даних); аналітичний (обробка даних, написання другого/третього розділів); завершальний (формулювання висновків, оформлення роботи, підготовка до захисту).

10.2. Методи збору та аналізу даних

Анкетування (survey) - метод збору первинної інформації шляхом отримання письмових відповідей на заздалегідь сформульовані питання. За А. Брайманом (Bryman, 2016), анкетування є найпоширенішим методом кількісного дослідження в соціальних науках завдяки можливості охопити велику кількість респондентів та стандартизувати процедуру збору даних.

Анкета може містити відкриті питання (респондент формулює відповідь самостійно) та закриті питання (респондент обирає із запропонованих варіантів). Типи закритих питань включають: дихотомічні (так/ні), множинного вибору, шкальні (шкала Лайкерта), ранжування.

При конструюванні анкети слід дотримуватися принципів: однозначності формулювань, відсутності навідних питань, логічної послідовності, оптимальної довжини (15-30 хв. на заповнення). Анкета повинна проходити пілотування – попередню апробацію на невеликій групі респондентів (Fowler, 2014).

Тестування - метод психодіагностики з використанням стандартизованих завдань (тестів). Тести дозволяють вимірювати психологічні характеристики: когнітивні здібності, особистісні риси, емоційні стани, соціальні установки тощо. У соціальній роботі широко використовуються тести для оцінки депресії (PHQ-9, Beck Depression Inventory), тривожності (GAD-7), якості життя (SF-36), соціальної підтримки (MSPSS) та інші валідизовані інструменти.

Стандартизоване інтерв'ю - усне опитування за заздалегідь визначеним переліком питань у фіксованому порядку. На відміну від анкетування, інтерв'ю дозволяє контролювати розуміння питань, отримати повніші відповіді,

працювати з респондентами, які не можуть заповнити анкету самостійно (літні люди, особи з інвалідністю тощо).

Контент-аналіз - кількісний аналіз текстів шляхом підрахунку частоти появи певних категорій (слів, тем, персонажів тощо). За К. Ріффом та колегами (Riffe, Lacy & Fico, 2019), контент-аналіз перетворює якісний зміст текстів у кількісні показники, що дозволяє застосовувати статистичні методи.

Експеримент - метод, що дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки між змінними шляхом контрольованого втручання. Класичний експеримент передбачає наявність експериментальної та контрольної груп, рандомізацію учасників, пре-тест та пост-тест. У соціальній роботі експериментальні дизайни використовуються для оцінки ефективності інтервенцій (Rubin & Babbie, 2017).

Методи збору якісних даних

Глибинне інтерв'ю (in-depth interview) - бесіда дослідника з інформантом, спрямована на отримання детальної інформації про його досвід, погляди, почуття. За С. Квале та С. Брінкманом (Kvale & Brinkmann, 2015), глибинне інтерв'ю дозволяє «побачити світ очима інформанта», зрозуміти суб'єктивні смисли та інтерпретації.

Типи інтерв'ю за ступенем структурованості: неструктуроване (вільна бесіда на задану тему), напівструктуроване (перелік тем/питань як орієнтир), структуроване (фіксований перелік питань). У якісних дослідженнях найчастіше використовується напівструктуроване інтерв'ю, що поєднує гнучкість з можливістю порівняння відповідей різних інформантів.

Тривалість глибинного інтерв'ю зазвичай становить 60-90 хвилин. Інтерв'ю записується (за згодою інформанта) та транскрибується - перетворюється в письмовий текст для подальшого аналізу.

Поради для інтерв'юера:

– використовуйте відкриті питання (Як? Чому? Розкажіть...);
– застосовуйте техніку активного слухання;
– дозволяйте паузи - інформанту потрібен час на роздуми;
– уникайте навідних питань;
– фіксуйте невербальні реакції у протоколі.

Фокус-групи особливо корисні для: вивчення сприйняття програм/послуг, генерування ідей, розуміння термінології цільової групи, попереднього

дослідження перед кількісним етапом. *Обмеження методу*: вплив групової динаміки на індивідуальні думки, складність обговорення чутливих тем.

Таблиця 10.1.

Структура гайду для напівструктурованого інтерв'ю

БЛОК	ЗМІСТ
Вступ (5 хв.)	– Представлення дослідника – Пояснення мети інтерв'ю – Гарантії конфіденційності – Отримання згоди на запис – Запитання від інформанта
Блок 1. Загальна інформація	Основне питання: Розкажіть, будь ласка, про... Уточнюючі: Як давно...? Що саме...? Хто ще був задіяний...?
Блок 2. Досвід / практика	Основне питання: Опишіть Ваш досвід... Уточнюючі: Наведіть приклад...? Як Ви діяли...? Що відчували...?
Блок 3. Оцінка / ставлення	Основне питання: Як Ви оцінюєте...? Уточнюючі: Чому так вважаєте...? Що вплинуло на Вашу думку...?
Блок 4. Потреби / очікування	Основне питання: Що б Ви хотіли змінити...? Уточнюючі: Яка підтримка потрібна...? Що могло б допомогти...?
Блок 5. Рекомендації	Основне питання: Що б Ви порадили...? Уточнюючі: На що варто звернути увагу...?
Завершення	• Чи є щось, про що ми не поговорили, але Ви хотіли б додати? • Подяка за участь • Інформація про подальші кроки

Спостереження (observation) - метод збору даних шляхом безпосереднього сприйняття та реєстрації явищ у природних умовах. Розрізняють включене спостереження (дослідник є учасником ситуації) та невключене; відкрите (учасники знають про спостереження) та приховане; структуроване (фіксуються заздалегідь визначені категорії) та неструктуроване.

Аналіз документів (document analysis) - вивчення текстових джерел: офіційних документів, особистих записів, медіаматеріалів тощо. За Дж. Скоттом (Scott, 2014), при аналізі документів важливо оцінювати їх автентичність, достовірність, репрезентативність та значення.

Наративний аналіз - метод вивчення історій, які люди розповідають про своє життя. *Наратив (оповідь)* розглядається як спосіб конструювання ідентичності, осмислення досвіду, надання значення подіям. У соціальній роботі наративний підхід використовується для розуміння досвіду клієнтів, травматичних подій, процесів відновлення (Riessman, 2008).

Кейс-стаді (case study) - поглиблене вивчення окремого випадку (особи, організації, програми, події) з використанням множинних джерел даних. За Р. Йіном (Yin, 2018), кейс-стаді дозволяє відповісти на питання «як?» і «чому?», вивчити явище в його реальному контексті.

Вибірка дослідження

Вибірка (sample) - це частина генеральної сукупності, що відбирається для безпосереднього вивчення. **Генеральна сукупність** - це вся сукупність об'єктів, на які поширюються висновки дослідження.

У кількісних дослідженнях використовуються ймовірнісні вибірки, де кожен елемент генеральної сукупності має відому ненульову ймовірність потрапити до вибірки. *Типи ймовірнісних вибірок*: *проста випадкова вибірка (кожен елемент має однакову ймовірність відбору); систематична вибірка (відбір кожного n-го елемента зі списку); стратифікована вибірка (генеральна сукупність поділяється на страти, з кожної відбирається пропорційна кількість); кластерна вибірка (відбираються цілі групи, а потім досліджуються всі їх члени).*

Обсяг вибірки у кількісному дослідженні визначається статистичними розрахунками з урахуванням: розміру генеральної сукупності, необхідного рівня довіри (зазвичай 95%), допустимої похибки (зазвичай 5%), очікуваної варіативності даних.

У якісних дослідженнях використовуються невипадкові (цілеспрямовані) вибірки. Типи: вибірка максимальної варіації (відбір інформантів з максимально різним досвідом); типова вибірка (відбір «типових» представників групи); вибірка критичних випадків (відбір найбільш інформативних випадків); вибірка снігового кому (кожен інформант рекомендує наступних).

Обсяг вибірки у якісному дослідженні визначається принципом насичення - збір даних продовжується, доки нові інформанти не перестануть додавати нову інформацію. Зазвичай це 15-30 інтерв'ю або 3-5 фокус-груп (Guest, Bunce & Johnson, 2006).

Методи аналізу даних

Статистичний аналіз кількісних даних включає описову та інференційну статистику.

Описова статистика узагальнює дані за допомогою показників:

– міри центральної тенденції (середнє, медіана, мода),
– міри варіації (стандартне відхилення, розмах),
– частотні розподіли,
– графічні представлення (гістограми, діаграми).

Інференційна (аналітична) статистика дозволяє робити висновки про генеральну сукупність на основі вибірки та перевіряти гіпотези.

Типові методи: t-тест (порівняння середніх значень двох груп); ANOVA (порівняння середніх більш ніж двох груп); кореляційний аналіз (вимірювання зв'язку між змінними - коефіцієнт Пірсона, Спірмена); регресійний аналіз (моделювання залежності однієї змінної від інших); хі-квадрат (аналіз зв'язку між категоріальними змінними).

Для статистичного аналізу використовуються програми: SPSS, Stata, R, Jamovi (безкоштовна альтернатива).

Якісний аналіз даних спрямований на виявлення смислів, патернів, тем у текстових даних.

Тематичний аналіз (Braun & Clarke, 2006) - найпоширеніший метод, що передбачає: ознайомлення з даними; генерування початкових кодів; пошук тем; перегляд тем; визначення та називання тем; підготовку звіту.

Обґрунтована теорія (grounded theory) - метод побудови теорії безпосередньо з даних через ітеративний процес кодування: відкрите кодування (виділення категорій), осьове кодування (встановлення зв'язків), вибіркове кодування (інтеграція категорій) (Charmaz, 2014).

Феноменологічний аналіз - спрямований на виявлення сутнісної структури досвіду, «життєвого світу» учасників. Інтерпретативний феноменологічний аналіз (IPA) широко використовується у дослідженнях здоров'я та соціальної роботи (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Для якісного аналізу використовуються програми: NVivo, ATLAS.ti, MAXQDA, Dedoose.

10.3. Оформлення результатів дослідження

Кваліфікаційна (магістерська) робота - це самостійне наукове дослідження, що демонструє рівень підготовки здобувача до професійної та науково-дослідної діяльності. Згідно зі стандартом вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» (2019), кваліфікаційна робота є обов'язковим компонентом підсумкової атестації.

Типова структура магістерської роботи включає:

- титульний аркуш (назва ЗВО, тема, відомості про здобувача та керівника); зміст;
- перелік умовних скорочень (за наявності);
- вступ (3-5 сторінок - актуальність, мета, завдання, об'єкт, предмет, методи, новизна, практичне значення);
- розділ 1 (теоретичний - аналіз літератури, понятійний апарат);
- розділ 2 (емпіричний - методика, результати дослідження);
- розділ 3 (практичний - розробка рекомендацій, за наявності);
- висновки (3-5 сторінок);
- список використаних джерел (не менше 50); додатки.

Рекомендований обсяг магістерської роботи - 80-100 сторінок основного тексту (без додатків).

Вимоги до оформлення

Оформлення кваліфікаційної роботи регламентується національними стандартами: ДСТУ 3008:2015 «Інформація та документація. Звіти у сфері науки і техніки. Структура та правила оформлення» та внутрішніми положеннями закладу вищої освіти.

Основні вимоги до оформлення тексту: формат сторінки А4 (210 × 297 мм); поля: верхнє та нижнє - 20 мм, ліве - 30 мм, праве - 15 мм; шрифт Times New Roman, 14 кегль; міжрядковий інтервал 1,5; абзацний відступ 1,25 см; нумерація сторінок арабськими цифрами у правому верхньому куті.

Оформлення бібліографічних посилань

Бібліографічні посилання оформлюються відповідно до ДСТУ 8302:2015 «Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання» або міжнародних стилів (APA, Harvard, Chicago).

Таблиця 10.2.

Структура вступу до магістерської роботи

Елемент	Зміст / формулювання
Актуальність теми	Соціальний аспект: значущість проблеми для суспільства... Теоретичний аспект: недостатня розробленість у науці... Практичний аспект: потреба практики у нових підходах...
Ступінь розробленості	Теоретичні засади вивчали: [автори]... Окремі аспекти досліджували: [автори]... Водночас недостатньо вивченими залишаються...
Мета дослідження	[Дієслово] + [що?] + [для чого?]. Приклад: Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити педагогічні умови...
Завдання	1. Проаналізувати... (теоретичне) 2. Визначити/охарактеризувати... (теоретичне) 3. Розробити... (практичне) 4. Експериментально перевірити... (емпіричне) 5. Розробити рекомендації... (практичне)
Об'єкт	Процес / явище / система... Приклад: Процес соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб
Предмет	Аспект / умови / особливості об'єкта. Приклад: Організаційно-педагогічні умови соціальної адаптації ВПО засобами соціального супроводу
Гіпотеза	Припускаємо, що [результат] буде досягнуто за умови [перелік умов]...
Методи дослідження	Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація... Емпіричні: анкетування, інтерв'ю, спостереження, експеримент... Статистичні: описова статистика, t-тест, кореляційний аналіз...
Наукова новизна	Уперше: [зроблено вперше]... Удосконалено: [покращено існуюче]... Набуло подальшого розвитку: [розширено знання]...
Практичне значення	Результати можуть бути використані: у діяльності [яких установ], у навчальному процесі [яких дисциплін], у підвищенні кваліфікації [яких фахівців]...

Внутрішньотекстові посилання за стилем APA 7th оформлюються у форматі (Прізвище, рік) або (Прізвище, рік, с. XX) для прямих цитат. Наприклад: (Семигіна, 2018) або (Creswell & Creswell, 2018, p. 45). При

посиланні на джерело з трьома і більше авторами – лише перший автор з позначкою «et al.»: (Smith et al., 2020).

Список використаних джерел розташовується в алфавітному порядку. Спочатку наводяться джерела кирилицею, потім – латиницею.

Таблиця 10.3.

Чек-лист перевірки роботи перед поданням

Критерій	Відмітка
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ	
Титульна сторінка оформлена за зразком	☐
Зміст відповідає фактичній структурі, номери сторінок коректні	☐
Вступ містить усі необхідні елементи наукового апарату	☐
Кожен розділ має висновки	☐
Загальні висновки відповідають завданням дослідження	☐
ОФОРМЛЕННЯ	
Шрифт Times New Roman, 14 кегль, інтервал 1,5	☐
Поля: ліве 30 мм, праве 15 мм, верхнє та нижнє 20 мм	☐
Нумерація сторінок у правому верхньому куті	☐
Таблиці та рисунки оформлені та пронумеровані правильно	☐
ПОСИЛАННЯ ТА ЛІТЕРАТУРА	
Усі цитати мають посилання на джерело	☐
Внутрішньотекстові посилання оформлені однаково (APA або ДСТУ)	☐
Список літератури в алфавітному порядку	☐
Кількість джерел достатня (50+ для магістерської)	☐
АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ	
Робота перевірена на плагіат (оригінальність 80%+)	☐
Усі запозичення коректно оформлені	☐
Етичні аспекти дослідження дотримано	☐

Представлення результатів

Таблиці використовуються для систематизації та порівняння числових даних. Кожна таблиця повинна мати номер та назву, що розміщуються над таблицею. Таблиці нумеруються в межах розділу: 1.1, 1.2, 2.1 тощо.

Рисунки (графіки, діаграми, схеми) використовуються для наочного представлення даних. Номер та назва розміщуються під рисунком. При виборі типу візуалізації: стовпчикові діаграми - для порівняння категорій; секторні діаграми - для показу структури; лінійні графіки - для демонстрації динаміки.

10.4. Академічна доброчесність

Академічна доброчесність (academic integrity) - це сукупність етичних принципів та визначених законом правил, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та провадження наукової діяльності. Закон України «Про освіту» (2017) визначає академічну доброчесність як один із базових принципів державної політики у сфері освіти (ст. 6).

Міжнародний центр академічної доброчесності (International Center for Academic Integrity) визначає шість фундаментальних цінностей: *чесність, довіра, справедливість, повага, відповідальність та мужність* (ICAI, 2021). Ці цінності є основою для формування культури доброчесності в академічному середовищі.

Чесність передбачає правдивість у всіх аспектах академічної діяльності. *Довіра* означає, що члени академічної спільноти можуть покладатися один на одного. *Справедливість* вимагає однакового ставлення до всіх. *Повага* передбачає визнання внеску інших дослідників. *Відповідальність* означає усвідомлення наслідків своїх дій. *Мужність* проявляється у здатності діяти чесно навіть в умовах тиску.

Порушення академічної доброчесності

Закон України «Про освіту» (ст. 42) визначає такі форми порушення академічної доброчесності:

Академічний плагіат - оприлюднення наукових результатів, отриманих іншими особами, як результатів власного дослідження та/або відтворення опублікованих текстів без зазначення авторства. Види плагіату: *дослівне*

копіювання без лапок та посилань; парафраз без посилання; використання ідей без зазначення автора; самоплагіат; мозаїчний плагіат.

Самоплагіат - оприлюднення власних раніше опублікованих результатів як нових.

Фабрикація - вигадування даних чи фактів.

Фальсифікація - свідома зміна наявних даних. Списування - виконання робіт із залученням недозволених джерел.

Обман - надання неправдивої інформації. Хабарництво – надання благ з метою отримання неправомірної переваги.

Етика наукового дослідження

Наукове дослідження, особливо в соціальній сфері, має відповідати етичним принципам. Основними документами є: Нюрнберзький кодекс (1947), Гельсінська декларація (1964), Бельмонтська доповідь (1979).

Ключові етичні принципи:

Інформована згода - учасники повинні отримати повну інформацію про дослідження і добровільно погодитися на участь. Згода фіксується письмово.

Конфіденційність - дослідник зобов'язаний захищати особисту інформацію учасників. Анонімність є найвищим рівнем захисту.

Мінімізація шкоди - дослідження не повинно завдавати шкоди учасникам (фізичної, психологічної, соціальної).

Добровільність участі - учасники мають право відмовитися від участі в будь-який момент без негативних наслідків.

Особливий захист вразливих груп - діти, люди з ментальними порушеннями потребують додаткових заходів захисту.

Інструменти забезпечення академічної доброчесності

Антиплагіатні системи - програмне забезпечення для виявлення текстових запозичень (Unicheck, StrikePlagiarism, Turnitin). Системи порівнюють текст з базами даних та виявляють збіги. Рекомендований рівень оригінальності для магістерських робіт - не менше 80%.

Менеджери бібліографії - програми для організації джерел та автоматичного оформлення посилань: Zotero (безкоштовний), Mendeley, EndNote. Вони допомагають зберігати джерела, генерувати посилання у різних стилях, синхронізувати бібліотеку.

Репозиторії - електронні архіви наукових робіт, що забезпечують відкритий доступ та збереження результатів досліджень. Більшість українських ЗВО мають інституційні репозиторії.

Таким чином, науково-дослідна робота є ключовим компонентом підготовки магістра соціальної роботи, що формує дослідницькі компетентності, необхідні для evidence-based practice та професійного розвитку.

Організація наукового дослідження передбачає послідовне проходження етапів: від визначення проблеми та формулювання наукового апарату до збору емпіричних даних, їх аналізу та оформлення результатів. Кожен етап вимагає методологічної обґрунтованості та логічної послідовності.

Вибір методів збору та аналізу даних залежить від мети, предмета та методологічного підходу дослідження. Кількісні методи (анкетування, тестування, експеримент) дозволяють встановити закономірності; якісні методи (інтерв'ю, спостереження, кейс-стаді) - глибинно зрозуміти явища; змішані методи поєднують переваги обох підходів.

Оформлення результатів має відповідати встановленим вимогам: структурі кваліфікаційної роботи, правилам бібліографічного опису, стандартам представлення даних.

Академічна доброчесність є етичним фундаментом наукової діяльності. Дотримання принципів чесності, довіри, справедливості, поваги, відповідальності та мужності є обов'язковим для кожного дослідника. Використання сучасних інструментів - антиплагіатних систем, менеджерів бібліографії, репозиторіїв - сприяє забезпеченню якості досліджень.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

До теми 10.1. Організація наукового дослідження

1. Що таке наукове дослідження та які його ключові характеристики?
2. Чим відрізняються фундаментальні та прикладні дослідження?
3. Які особливості кількісних, якісних та змішаних методів дослідження?
4. Які основні етапи організації наукового дослідження?
5. Що включає науковий апарат дослідження (об’єкт, предмет, мета, завдання, гіпотеза)?
6. Як обґрунтовується актуальність і наукова новизна дослідження?

7. У чому полягає різниця між методологією та методами дослідження?
8. Які критерії якості наукового дослідження використовуються?
9. Як обирається дизайн дослідження відповідно до наукової проблеми?
10. Яку роль відіграють різні наукові підходи (позитивістський, інтерпретативний, критичний) у соціальній роботі?

До теми 10.2. Методи збору та аналізу даних

1. Які основні методи збору даних використовуються у соціальних дослідженнях?
2. У чому особливості анкетування, інтерв'ю та фокус-груп?
3. Які види спостереження застосовуються у дослідженнях?
4. Що таке вибірка та які її типи існують?
5. Чим відрізняються ймовірнісні та не ймовірнісні вибірки?
6. Які основні методи кількісного аналізу даних?
7. Які підходи застосовуються для аналізу якісних даних?
8. Як забезпечується валідність і надійність дослідження?
9. У чому полягає принцип насичення у якісних дослідженнях?
10. Як обрати оптимальні методи збору та аналізу даних відповідно до мети дослідження?

До теми 10.3. Оформлення результатів дослідження

1. Яка структура кваліфікаційної (магістерської) роботи?
2. Які елементи включає вступ наукової роботи?
3. Які вимоги висуваються до теоретичного та емпіричного розділів?
4. Як формулюються висновки до наукової роботи?
5. Які основні вимоги до оформлення тексту за ДСТУ?
6. Як правильно оформлювати таблиці, рисунки та інші ілюстрації?
7. Що таке внутрішньотекстові посилання і як їх оформлювати?
8. Як здійснюється бібліографічне оформлення джерел?
9. Які відмінності між оформленням за ДСТУ та APA?
10. Як забезпечити логічну цілісність і наукову коректність викладу результатів дослідження?

До теми 10.4. Академічна доброчесність

1. Що таке академічна доброчесність та які її основні принципи?
2. Які види академічного плагіату існують?

3. Чим відрізняється плагіат від самоплагіату?
4. Що таке фабрикація та фальсифікація наукових даних?
5. Які етичні принципи досліджень за участю людей?
6. Що таке інформована згода та які її складові?
7. Як забезпечити конфіденційність та анонімність учасників дослідження?
8. Яку роль відіграють етичні комітети у науковій діяльності?
9. Як працюють антиплагіатні системи та що означає показник оригінальності?
10. Які наслідки та санкції передбачені за порушення академічної доброчесності?

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1. Розробка наукового апарату дослідження

Мета: сформувати навички формулювання елементів наукового апарату.

Завдання: Оберіть тему дослідження у сфері соціальної роботи та розробіть науковий апарат:

1) Сформулюйте актуальність теми (соціальний, теоретичний, практичний аспекти).

2) Визначте об'єкт та предмет дослідження.

3) Сформулюйте мету та 4-5 завдань.

4) Запропонуйте гіпотезу (для кількісного дослідження) або дослідницькі питання (для якісного).

5) Визначте методи дослідження.

6) Сформулюйте очікувану наукову новизну та практичне значення.

Обсяг: 3-4 сторінки.

Критерії оцінювання: коректність формулювань, логічний зв'язок між елементами, реалістичність дослідження.

Завдання 2. Конструювання анкети

Мета: розвинути навички розробки інструментарію кількісного дослідження.

Завдання: Розробіть анкету для дослідження обраної проблеми соціальної роботи:

1) Визначте мету анкетування та цільову групу респондентів.

2) Розробіть вступну частину (інструкція, інформована згода).

3) Сформулюйте 15-20 питань різних типів:

- закриті дихотомічні (2-3 питання)
- закриті множинного вибору (5-7 питань)
- шкальні за Лайкертом (5-7 питань)
- відкриті (2-3 питання)

4) Включіть паспортичку (соціально-демографічні дані).

5) Підготуйте план пілотування анкети.

Обсяг: анкета + пояснювальна записка (2 сторінки).

Завдання 3. Розробка гайду для глибинного інтерв'ю

Мета: сформувати навички підготовки інструментарію якісного дослідження.

Завдання: Розробіть гайд (путівник) для напівструктурованого інтерв'ю:

1) Визначте тему та мету інтерв'ю.

2) Опишіть цільову групу інформантів (критерії відбору).

3) Сформулюйте 5-7 тематичних блоків з основними та уточнюючими питаннями.

4) Підготуйте вступну частину (представлення, мета, конфіденційність, згода на запис).

5) Розробіть форму інформованої згоди.

6) Складіть протокол інтерв'ю (для нотаток).

Обсяг: гайд + форма згоди + протокол (4-5 сторінок).

Завдання 4. Аналіз якісних даних

Мета: набути практичних навичок тематичного аналізу.

Завдання: Проведіть тематичний аналіз наданого тексту (транскрипту інтерв'ю або фрагменту):

1) Уважно прочитайте текст, зробіть нотатки.

2) Виділіть значущі фрагменти та присвойте їм коди.

3) Згрупуйте коди в категорії.

4) Сформулюйте 3-5 тем.

5) Опишіть кожну тему з прикладами цитат.

6) Візуалізуйте результати (тематична карта).

Обсяг: аналітичний звіт 3-4 сторінки.

Завдання 5. Статистичний аналіз даних

Мета: сформувати навички статистичної обробки даних.

Завдання: На основі наданого масиву даних (або власних зібраних даних):

1) Проведіть описову статистику (середнє, медіана, стандартне відхилення).

2) Побудуйте частотні розподіли та візуалізуйте дані.

3) Сформулюйте гіпотезу та оберіть статистичний метод для її перевірки.

4) Проведіть статистичний аналіз (t-тест, хі-квадрат або кореляційний аналіз).

5) Інтерпретуйте результати та сформулюйте висновки.

Інструменти: SPSS, Jamovi, Excel або R.

Обсяг: звіт 3-4 сторінки з таблицями та графіками.

Завдання 6. Критичний аналіз наукової статті

Мета: розвинути навички критичного аналізу наукових публікацій.

Завдання: Проаналізуйте емпіричну наукову статтю з фахового журналу за критеріями:

1) Бібліографічний опис статті.

2) Чіткість формулювання проблеми, мети та гіпотези/питань.

3) Адекватність методології: дизайн, вибірка, методи збору даних.

4) Коректність аналізу даних та інтерпретації результатів.

5) Обґрунтованість висновків.

6) Дотримання етичних принципів.

7) Сильні сторони та обмеження дослідження.

8) Значення для практики соціальної роботи.

Обсяг: рецензія 2-3 сторінки.

Завдання 7. Оформлення бібліографічного списку

Мета: сформувати навички коректного оформлення посилань.

Завдання: Оформіть список з 15 джерел за темою Вашого дослідження:

1) 5 україномовних джерел за ДСТУ 8302:2015.

2) 5 англомовних джерел за APA 7th edition.

3) 5 джерел різних типів (книга, стаття, дисертація, веб-ресурс, законодавчий акт).

4) Використайте менеджер бібліографії (Zotero або Mendeley).

5) Наведіть приклади внутрішньотекстових посилань на ці джерела.

Результат: оформлений список літератури + скріншот бібліотеки в менеджері.

Завдання 8. Етична експертиза дослідження

Мета: розвинути навички етичного аналізу дослідницьких проєктів.

Завдання: Підготуйте заявку на етичну експертизу Вашого дослідження:

1) Опис дослідження (мета, методи, учасники).

2) Аналіз потенційних ризиків для учасників.

3) Заходи мінімізації ризиків.

4) Процедура отримання інформованої згоди.

5) Заходи забезпечення конфіденційності.

6) Особливі заходи для вразливих груп (за наявності).

7) Форма інформованої згоди.

Обсяг: заявка 3-4 сторінки + форма згоди.

Завдання 9 (групове). Міні-дослідження

Мета: інтегрувати знання та навички, набуті протягом курсу.

Завдання: У групах по 3-4 особи проведіть міні-дослідження:

1) Оберіть актуальну тему (наприклад, «Потреби студентів у психологічній підтримці»).

2) Розробіть програму дослідження.

3) Створіть інструментарій (анкета або гайд інтерв'ю).

4) Зберіть дані (10-15 анкет або 3-5 інтерв'ю).

5) Проаналізуйте дані.

6) Підготуйте звіт та презентацію результатів.

Результат: звіт про дослідження (10-12 сторінок) + презентація (15 хв.).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (5th ed.). SAGE Publications.

2. Bryman, A. (2016). Social Research Methods (5th ed.). Oxford University Press.

3. Rubin, A., & Babbie, E. R. (2017). Research Methods for Social Work (9th ed.). Cengage Learning.

4. Flick, U. (2018). An Introduction to Qualitative Research (6th ed.). SAGE Publications.

5. Сисоєва С. О., Кристопчук Т. Є. Методологія науково-педагогічних досліджень : підручник. Рівне : Волинські обереги, 2013. 360 с.

6. Новіков А. М., Новіков Д. А. Методологія наукового дослідження. Москва : Ліброком, 2010. 280 с.

7. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: методологічні поради молодим науковцям. Київ-Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.

Методи збору та аналізу даних

8. Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing (3rd ed.). SAGE.

9. Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research (5th ed.). SAGE.

10. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.

11. Charmaz, K. (2014). Constructing Grounded Theory (2nd ed.). SAGE.

12. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis. SAGE.

13. Yin, R. K. (2018). Case Study Research and Applications (6th ed.). SAGE.

14. Riessman, C. K. (2008). Narrative Methods for the Human Sciences. SAGE.

15. Field, A. (2018). Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics (5th ed.). SAGE.

16. Fowler, F. J. (2014). Survey Research Methods (5th ed.). SAGE.

Академічна доброчесність та етика досліджень

1. ICAI (2021). The Fundamental Values of Academic Integrity (3rd ed.). International Center for Academic Integrity.

2. Israel, M., & Hay, I. (2006). Research Ethics for Social Scientists. SAGE.

3. Академічна доброчесність: проблеми дотримання та пріоритети поширення серед молодих вчених / за заг. ред. Н. Сорокіної. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2017. 169 с.

4. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII.

Оформлення наукових робіт

1. ДСТУ 3008:2015. Інформація та документація. Звіти у сфері науки і техніки. Структура та правила оформлення.

2. ДСТУ 8302:2015. Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання.

3. American Psychological Association (2020). Publication Manual of the American Psychological Association (7th ed.). APA.

Інтернет-ресурси

1. Zotero – безкоштовний менеджер бібліографії: https://www.zotero.org

2. Mendeley – менеджер бібліографії: https://www.mendeley.com

3. Jamovi – безкоштовне ПЗ для статистичного аналізу: https://www.jamovi.org

4. APA Style Guide: https://apastyle.apa.org

5. Національний репозитарій академічних текстів: https://nrat.ukrintei.ua

6. Unicheck – система перевірки на плагіат: https://unicheck.com

7. Research Methods Knowledge Base: https://conjointly.com/kb/

ВІДОМОСТІ ПРО УПОРЯДНИКІВ

Ганна КРАВЧЕНКО – завідувачка кафедри педагогіки, адміністрування, спеціальної освіти та соціальної роботи ННІМП ДЗВО «Університет менеджменту освіти», доктор педагогічних наук, професор

Наталія ПРИХОДЬКІНА – професор кафедри педагогіки, адміністрування, спеціальної освіти та соціальної роботи ННІМП ДЗВО «Університет менеджменту освіти», доктор педагогічних наук, професор

Тетяна РОЖНОВА – професор кафедри педагогіки, адміністрування, спеціальної освіти та соціальної роботи ННІМП ДЗВО «Університет менеджменту освіти», кандидат педагогічних наук, доцент

Тетяна МАХИНЯ – професор кафедри педагогіки, адміністрування, спеціальної освіти та соціальної роботи ННІМП ДЗВО «Університет менеджменту освіти», кандидат педагогічних наук, професор

Матеріали підготовлено групою забезпечення
підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за освітньо-науковою програмою «Соціальна робота. Соціальна реабілітація» спеціальності І »Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» галузі знань І.10 «Соціальна робота та консультування»

УПОРЯДНИКИ:
Г. Кравченко, Н. Приходькіна, Т. Рожнова, Т. Махиня,

Технічний редактор: Т. Махиня

Рецензенти:
Наталія Сейко, доктор педагогічних наук, професор
Людмила Рень, кандидат педагогічних наук, доцент

Електронне видання

Київ
2026