

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ**

Кафедра соціальних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри

_____ 20__ р.

**ДИПЛОМНА РОБОТА
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ
« МАГІСТР »**

Тема: Соціальний супровід клієнтів психіатричної лікарні.

Виконавець: Смола Тетяна Сергіївна.

Керівник: кандидат філософських наук, доцент кафедри соціальних технологій Санжаровець Валентина Миколаївна

Нормоконтролер: Новікова Наталія Євгенівна

КИЇВ – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЛЮДЯМ З ПСИХІЧНИМИ ХВОРОБАМИ.....	5
1.1 Організація соціальної роботи в сфері охорони психічного здоров'я	5
1.2.Форми та методи соціальної роботи в системі соціального і психологічного обслуговування людей з психічними розладами.....	17
1.3. Правові аспекти соціальної роботи з психічнохворими людьми.....	22
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. ШЛЯХИ ТА УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЛЮДЕЙ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ.....	38
2.1 Система соціальної роботи з клієнтами психіатричної лікарні	38
2.2. Соціальний супровід як технологія індивідуальної соціальної роботи.....	50
2.3. Модель організації соціального супроводу клієнтам КМПНЛ №3 (Київської міської психоневрологічної лікарні №3).....	68
2.4 Рекомендації при здійсненні соціального супроводу клієнтам психіатричної лікарні	84
Висновки до другого розділу.....	89
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95
ДОДАТКИ.....	102

ВСТУП

Актуальність вивчення залучення спеціалістів соціальної роботи для надання допомоги особам із психічними розладами, як в стаціонарі так і поза ним обумовлена сучасними цивілізаційними та прогресивними європейськими підходами щодо необхідності формування мультидисциплінарних команд. Важливе місце в них займають соціальні працівники. Це пов'язано з тим, що позитивні зрушення в напрямку соціальної адаптації осіб з психічними розладами пов'язують більше з соціальною роботою ніж психіатрією. Такий погляд відкриває нові можливості роботи з особами, які хворіють на психічні розлади, залучати не тільки ресурси закладів охорони здоров'я, але й широкий потенціал соціального оточення (батьків, родичів, друзів, знайомих) і найголовніше – всі ресурси самого клієнта – фізичні, психічні, духовні [8, С.97].

Важливість проблеми надання соціальної підтримки особам з проблемами психічного здоров'я зумовлена неможливістю вирішення її лише в рамках психіатрії та медикаментозного лікування через тривалість психічних розладів, велику чисельність осіб, які страждають на психічні розлади, виражений ступінь інвалідизації, соціальну ізоляцію та соціальні і психологічні наслідки як для самого хворого, так і для його оточення. Дуже важливим для людини з психічним розладом, яка зазнала досвіду вразливості і безпорадності, повернутися до нормального життя з упевненістю, гордістю, здоров'ям і свободою вибору. Таким чином, відбувається підвищення усвідомлення соціальної ролі особами, які мають психіатричні розлади.

В даній дипломній роботі висвітлено питання необхідності участі соціального працівника в системі надання психіатричної допомоги. Окреслено питання компетенції соціального працівника взагалі та при наданні психіатричної допомоги зокрема. Визначено межі компетенції соціального працівника та лікаря-психіатра при наданні медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

Дана робота ґрунтується на методології структурного функціоналізму та теорії соціального обміну. У якості теоретико-методологічної бази використано також

низку положень концепції інтегралізму П. Сорокіна, концепції соціальної зрілості молодих фахівців О. О. Якуби, концепції суб'єктності особистості Л. Сокурянської, теоретичних розробках щодо сутності професійного успіху Я. Хаммера, В. Толочека, а також теоретичних узагальнень Дж. Грінхауса про фактори професійної успішності.

Мета і завдання дослідження - виявити чинники та механізми досягнення професійного надання соціальних послуг людям з психічними розладами в сучасному українському суспільстві.

Реалізація поставленої мети передбачала розв'язання таких *завдань*:

1. Визначити теоретико-методологічні засади соціального супроводу.
2. Визначити основні механізми надання соціальних послуг клієнтам психіатричної лікарні.
3. Розробити модель соціального супроводу людей з психічними розладами.

Об'єктом дослідження виступає професійне надання соціальних послуг особам із психічними розладами.

Предмет дослідження – соціальний супровід людей з психічними розладами в умовах психіатричної лікарні.

Методи дослідження. Для досягнення мети, розв'язання поставлених завдань, перевірки гіпотези було використано сукупність методів наукового дослідження:

- теоретичні: аналіз і синтез, узагальнення, порівняння, метод моделювання, історичний метод;
- емпіричні: метод аналізу документів, контент-аналіз.

Гіпотеза дослідження. Від професійної реалізації соціального супроводу залежить покращення психологічного та соціального стану психічно хворих.

Наукова новизна одержаних результатів. Дослідивши проблему у повному обсязі, важливим здобутком наукової роботи є розробка моделі організації соціального супроводу клієнтам КМПНЛ №3 (Київської міської психоневрологічної лікарні №3)

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що результати програми створення моделі організації соціального супроводу можуть бути використані як для подальшого вивчення даної проблеми, так і для того, щоб, базуючись на теоретичних, організаційно-методологічних засадах було можливе впровадження даної моделі у практичній діяльності соціальних працівників в сучасному українському суспільстві.

Структура і обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Загальний обсяг роботи складає 124 сторінок друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЛЮДЯМ З ПСИХІЧНИМИ ХВОРОБАМИ.

1.1. Організація соціальної роботи в сфері охорони психічного здоров'я

За даними ВООЗ, кожні десять років число зареєстрованих хворих з нервово-психічними розладами зростає на 8-10%. Це обумовлено тим, що в нашій країні відбуваються соціально-економічні перетворення, здійснення яких зв'язано з чинниками, що стресовий вплив на більшу частину населення. До таких факторів належать: розчарування в соціально-економічній політиці країни, соціальну дезорганізацію людей, збільшується соціально-економічне розшарування суспільства, зниження рівня виробництва і загрозу безробіття на тлі цього, велика кількість економічних і природних катастроф, збройних конфліктів та пандемій. Так само до причин зростання числа осіб з психічними розладами відноситься різке підвищення темпу життя, урбанізація, зростання кількості потужних фрустраційних і стресових ситуацій, провокують «зриви» у вигляді нервово-психічних розладів. Збільшення чисельності осіб з психічними розладами зростає, говорить про необхідність удосконалення системи охорони психічного здоров'я та реабілітації.

Ще однією серйозною проблемою є те, що особи з психічними розладами відносяться до найбільш соціально дезадаптованих груп населення та інтеграція їх у суспільство є досить трудомістким і складним процесом. У світлі вище перерахованих проблем актуальність даної теми не викликає сумнівів.

Ставлення суспільства до психічно хворих людей з часом змінювалося, психічні захворювання тлумачилися як кара богів, ознака одержимості, а в більш пізні періоди використовувалися для ізоляції цілком здорових людей від соціуму. Доісторичне суспільство зверталося зі своїми психічно хворими одноплемінниками так само, як нинішнє населення тропіків або Сибіру: ворожі і становлять небезпеку хворі одноплемінники сприймалися як одержимі злим духом нешкідливі і спокійні - як улюбленці богів. Перших виганяли часто при цьому, б'ючи, за другими ж

доглядали. Найбільш сильне враження з усіх психічних хвороб виробляла епілепсія. Миттєве початок нападу, крик, що потемніло обличчя, кривава піна і судоми - все це як найбільше схоже на «божественну хвороба».

Незважаючи на це, вже в VI столітті до н. е., робилися спроби абсолютно реалістичного тлумачення таких відхилень. Їх автором був Піфагор, пояснювали епілепсію захворюванням мозку. На його думку, розум і розум поміщаються в мозку, а почуття - в серце [12, с. 78-80]. Стародавні елліни в поводженні з божевільними робили досить агресивні заходи. Спартанський цар, який вів себе надто буйно, через зловживання алкоголем, був посаджений в колодки. Божевільних, які перебувають в місті і його околицях, закидали камінням, якщо вони приставали до здорових. Але все ж саме в цей період з'являються приватні, які лікують психічно хворих на дому та міські лікарі, що завідували «іатреямі» - безкоштовними лікарнями. Це були перші спроби по організації громадських амбулаторій. Немає достовірної інформації про те чи приймалися там люди з психічними захворюваннями. Але цілком ймовірно, що деякі депресивні випадки, де хвороба приписувалася ураження печінки або кишок, часто потрапляли в дані лікарні.

У ранньому Середньовіччі, коли віра була основою світогляду людей, вважалося, що психічні захворювання - від диявола. Однак в той період частіше намагалися вигнати біса, ніж спалювати його жертву. У більш пізній середньовічній християнській Європі психічні розлади розглядалися, як одержимість демонами і результат чаклунства. Найбільш поширеною психотерапією в Середні століття були тортури і страти. Але в XV і XVI століттях були засновані перші спеціальні заклади для божевільних. Ці установи ще не переслідували жодних лікувальних цілей. Примітивні за своїм устроєм, з обладнанням, яке обмежувалося високою стіною, асортиментом ланцюгів і наручників, ці місця ув'язнення все ж повинні розглядатися, як рішучий крок вперед, зроблений в таку епоху, коли поруч розвивали свою діяльність інквізитори [30, с. 351].

У числі інших жахливих явищ, під час другої світової війни і після неї, безсумнівно, було те, німецькі психіатри грали чільну роль в геноциді. Психіатри

були ініціаторами розробки політики, спрямованої на примусову стерилізацію великої кількості людей, на їхню думку, непридатних для відтворення потомства. А так же по впровадженню проекту, пов'язаного з евтаназією, в який було залучено цивільне населення Німеччини. Цей проект розпочався перед другою світовою війною і продовжився в перші її роки, хоча офіційно він був припинений. Проект був названий програма "Т4" через адреси основного координуючого установи, Тієргартенштрассе, будинок 4, розташованого в центрі Берліна. На час офіційного припинення програми в 1941 р, коли була офіційно припинена фаза операції зі знищення шляхом отруєння газом, неофіційна реалізація програми тривала надалі протягом кількох років, було знищено 70 273 особи з різними формами психічних захворювань в ім'я расової гігієни та медицини. Були убиті тисячі дітей з соматичними та неврологічними захворюваннями [20, с. 36].

Система охорони психічного здоров'я в Україні в цілому успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи - з усіма її перевагами та недоліками. Ця система не зазнала істотних структурних змін після набуття Україною незалежності. Вона залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Зазначене зумовлює високий рівень інституціалізації і відповідно - сегрегації та стигматизації осіб, що мають психічні розлади.

У сучасній психіатрії для визначення упередженого ставлення до психічно хворих людей застосовується термін стигматизація. Стигматизація - негативний виділення суспільством індивідуума (або соціальної групи) по будь-якою ознакою з подальшим стереотипним набором соціальних реакцій на даного індивідуума (або представників даної соціальної групи) [7, с. 201].

Ставлення соціуму до будь-яких явищ зазвичай виникають обґрунтовано. Стереотипи сприйняття «божевільних людей», мабуть, формуються в дитячому віці. Закріплюються вони часто несвідомо, в ході повсякденних соціальних взаємодій. Дуже часто від людей з психічними відхиленнями відмовляються всі близькі люди. Що в свою чергу є причиною їх бродяжництва, потрапляння до в'язниці або

самогубства. На даний момент в Україні ставлення персоналу лікарні до хворих як правило формальне або просто зневажливе. При цьому всім відомо, «наскільки важливим є повна довіра пацієнта до лікаря. У дуже багатьох випадках виникнення такої довіри може стати відмінним профілактичним засобом, що дозволить навіть при багатьох факторах схильності людини до хвороби уберегти його від психозів і шизофренії» [28, с. 121]. Близько 1/3 пацієнтів, що мають можливість продовжувати працювати, залишили або змінили місце роботи через «структурних реорганізацій на виробництві» [2]. Найчастіше в Україні не дотримується закон, за яким «з метою збереження медичної таємниці діагноз захворювання в листку непрацездатності записується тільки за згодою пацієнта» [25, с. 16-17]. Цей пункт в законі необхідний для порятунку психічно хворих людей від дискримінації роботодавця. Тобто наявність психічної хвороби, спостереження у психіатра, потрапляння в психіатричну лікарню стає клеймом і тягне за собою дискримінацію хворого в суспільстві. Незважаючи на те, що в 1960-70-ті роки радянська система реабілітації цих людей вважалася кращою в світі, сама психіатрія була закритим світом. Це призвело до такого неадекватного відношення до психічно хворих у суспільстві.

Ставлення до психічно хворих, в загальному, носить негативний характер, хоча кількість хворих з вперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу, які звернулися за консультативно-лікувальною допомогою у 2010 році на 100 000 чоловік склало 299.2 [15, с. 2] . А це означає, що близько 3,34% населення мають психічні відхилення. Люди з психічними захворюваннями відносяться до однієї з найбільш легко вразливих категорій населення. Адаптація їх у суспільство є на сьогоднішній день досить складним завданням, що вимагає узгоджених дій від установ займаються даним питанням і відповідних заходів від держави. У нашій країні для захисту цієї частини населення розроблені нормативно-правові акти, в яких закріплені положення про соціальний захист психічно хворих людей.

Соціальна робота в області охорони психічного здоров'я здійснюється на мікросоціальному, макросоціальному і індивідуальному рівні.

На мікросоціальному рівні соціальна робота полягає в заходах, що проводяться в суспільстві в цілому. Сюди входять заходи, що підвищують рівень

толерантності по відношенню до психічно хворим, з подолання стигматизації, а так само створення нових і доопрацювання вже існуючих законів в галузі охорони психічного здоров'я і в соціальній сфері, спрямовані на поліпшення становища даної категорії клієнтів.

Так само важливу роль в діяльності соціального працівника на *макросоціальному рівні* грає залучення державних і приватних благодійних організацій, засобів масової інформації до проблем осіб з психічними захворюваннями, їх реабілітації та підвищенню рівня психічного здоров'я по країні в цілому.

Для регулювання соціальної допомоги психічно хворим в психіатричних лікарнях було видано Наказ Міністерства соціальної політики України, який визначає посадові обов'язки фахівців із соціальної роботи, які беруть участь у наданні психіатричної та психотерапевтичної допомоги.

До цих обов'язків належать: розробка системи соціальної реабілітації хворих, проведення заходів щодо соціально-правового захисту хворих, щодо поліпшення їх соціального функціонування та ін.

Соціальна робота, що проводиться на *мікросоціальному рівні* спрямована на найближче оточення хворого: сім'ю, друзів, сусідів, оточення за місцем роботи, навчання або проведення дозвілля на інші компоненти соціальних мереж, а також на їх заміщення (здійснюється шляхом створення штучного соціотерапевтичного середовища і залучення хворих у групові форми активності, в тому числі здійснення різних видів самопомоги, участь в психосоціальних клубах).

Соціальна робота, що проводиться на *індивідуальному рівні*, орієнтована на хворого і проводиться як індивідуально, так і в групових формах. Міністерством соціальної політики України було затверджено Положення про фахівця з соціальної роботи, що бере участь у наданні психіатричної та психотерапевтичної допомоги. Дане Положення проголошує те, що фахівець із соціальної роботи зобов'язаний здійснювати індивідуальну і групову роботу з пацієнтами, керуючись положеннями Закону України «Про психіатричну допомогу й гарантії прав громадян при її наданні» [4, с. 192-193]. Спеціаліст, із соціальної роботи здійснює індивідуальну або

групову роботу з клієнтами, які мають психічні захворювання, повинен спиратися не тільки на законодавчу базу, але так само і на певні моделі суспільного психіатрії.

Існує дві найбільш часто вживаних і поширених моделей громадської психіатрії це модель «менеджмент допомоги», яка найбільш популярна на території Англії, а так само модель «менеджмент випадку», часто застосовується в США і Канаді.

Модель «менеджмент випадку» є індивідуалізованим підходом до лікування, заснований на гнучкій і тривалій співпраці установ і безперервної допомоги. Дана модель орієнтована на надання допомоги великій кількості психічно хворих. В основі «менеджменту випадку» лежить метод бригадної позалікарняної терапії. Мета даної моделі полягає в наданні та забезпеченні доступності медичної допомоги клієнту, а так само координація всіх наданих видів допомоги. Безпосередніми обов'язками фахівців із соціальної роботи є моніторинг, оцінка рівня ефективності допомоги, курирування клієнта і надання йому всіх видів соціальної підтримки. До принципів, на які спирається дана модель, відносяться: проблемно-центрований підхід, цілодобова допомога хворому, уникнення стаціонарного лікування, в крайньому випадку, короткочасна госпіталізація в кризовий стаціонар під наглядом соціального працівника, який веде цю пацієнта. Результатом застосування моделі «менеджменту випадку» є підвищення рівня соціального функціонування та зменшення потреби в госпітальної допомоги пацієнта. Економічний аспект даної моделі полягає в тому, що витрати на її використання в два рази менше, ніж витрати на стандартну психіатричну допомогу. Вона застосовується для роботи з важкими психічно хворими, захворювання яких триває не дуже великий період часу і в подальшому вони можуть бути ресоціалізувати. Психіатри вважають недоліком даної моделі відсутність медичного спостереження, що призводить до ускладнень в спільних терапевтичних і реабілітаційних програмах [8, с. 69].

Модель «менеджмент допомоги» була в 1993 р в Великобританії. У цій моделі фахівець із соціальної служби виконує роль менеджера, як такої соціально-реабілітаційної допомоги пацієнту не робить і не відстежує рівень ефективності лікування. Метою соціального працівника є координація медико-соціальної

допомоги. Дана модель є брокерською, при використанні даної моделі соціальної допомоги коштами, виділеними на лікувально-реабілітаційну діяльність, розпоряджається безпосередньо брокер, в даній моделі - фахівець соціальної служби. Функціями фахівця є координація процесу надання допомоги, направлення хворого в лікувальні установи і виділення необхідного для цього фінансів. Дана модель має багато недоліків: поява розбіжностей у фахівців (фахівця із соціальної роботи та психолога) про потребу клієнта, в тому чи іншому вигляді допомоги; виникає ускладнення в розподілі пацієнтів, іноді, через нестачу місць в певному стаціонарі, з'являються черги, що призводить до більш тривалого терміну госпіталізації; всі установи для того щоб мати достатній рівень фінансування повинні постійно доводити свою рентабельність і ефективність [6, с. 125-126].

Здійснюючи соціальну допомогу психічно хворим людям, фахівець із соціальної роботи повинен орієнтуватися не тільки на певні моделі, але так саме узгодження своїх дій з принципами, виробленими на основі багаторічної практичної діяльності як зарубіжних, так і вітчизняних фахівців у сфері соціальної роботи та психіатрії.

Основними принципами допомоги клієнту з психічним захворюванням є (по Т. В. Зозуля):

- державний характер допомоги і гарантія дотримання прав особистості;
- доступність і своєчасність соціальної допомоги та реабілітаційних заходів;
- профілактична спрямованість;
- ступінчастою, спадкоємність і комплексність наданої допомоги;
- безперервність і завершеність;
- орієнтація на потреби індивіда.

Керуючись законодавчою базою, моделями і принципами соціальний працівник може здійснювати свою діяльність по відношенню до людей з психічними захворюваннями в системі охорони здоров'я.

В Україні психіатрична допомога здійснюється в установах загальної і психіатричної служби, в яку входять різні функціональні підрозділи. Допомога психічно хворим людям в Україні виявляється в установах загальної і психіатричної

служби, до яких відносяться: психіатричні лікарні, стаціонар на дому, психоневрологічні диспансери, лікувально-трудова майстерні для амбулаторних і стаціонарних хворих, гуртожитки для психічно хворих психотерапевтичні кабінети, психоневрологічні інтернати, пансіонати для ветеранів праці, центри соціального обслуговування інвалідів та людей похилого віку, консультативні та реабілітаційні центри. Психіатричні лікарні найбільш традиційні організаційні моделі психіатричної допомоги. У стаціонарній психіатричній службі надається допомога пацієнтам з важкими формами психічних захворювань і розладами соціальної адаптації. В даних установах діяльність соціального працівника зводиться до соціальної реабілітації клієнта. Останнім часом в нашій країні значно скоротився ліжковий фонд .

На тлі скорочення психіатричних ліжок відбувається створення таких медико-соціальних установ, як денні стаціонари, будинки-інтернати і т.п. Однією з альтернативних форм стаціонарного лікування для тривало хворіють людей є стаціонар на дому. В даних стаціонарах переважно використовується бригадний метод обслуговування. Соціальні працівники разом з лікарями і громадськими організаціями забезпечують пацієнта всім необхідним (медикаментами, доглядом, наглядом). Це дозволяє психічно хворим уникнути цілодобового перебування в закритому стаціонарному лікувальному закладі, що запобігає соціальну дезадаптацію, втрату соціального статусу та інших негативних наслідків, пов'язаних з ізоляцією людини в закритих установах.

Ще одним важливим компонентом системи психіатрії є амбулаторні форми допомоги. Першорядні завдання даних установ, це профілактика психічних захворювань, їх виявлення, лікування та соціальна адаптація пацієнтів. Найбільш поширеною формою амбулаторної психіатричної допомоги є психоневрологічні диспансери (ПНД). Багато регіонів організують замість психоневрологічних диспансерів диспансерні амбулаторні психоневрологічні відділення або кабінети. Пацієнти, що знаходяться на лікуванні в даних установах в більшості своїй страждають не різко вираженою розумовою відсталістю або прикордонними станами, а так само на шизофренію з відносно сприятливим перебігом.

Основними організаційними завданнями соціальної роботи в психоневрологічних диспансерах є:

- організація різних форм соціальної підтримки пацієнтів (матеріальної, у вигляді пільг);
- забезпечення соціальної допомоги хворим та їхнім родинам (допомога по господарству, у вихованні дітей, патронаж, працевлаштування, соціальний та правовий захист).
- проведення соціально-реабілітаційних програм (освітніх курсів з основ психіатричних знань, тренінгів соціальних навичок і т.д.);
- реалізація програм по антистигматизації - забезпечення психологічної корекції з метою дестигматизації самих хворих та їхніх родичів;
- встановлення зв'язків і взаємодії психоневрологічного диспансеру з територіальними соціальними та іншими установами, що мають відношення до соціальних проблем психічно хворих людей.

Лікувально-трудова майстерня (ЛТМ) є основною базою для організації трудової діяльності людей з психічними захворюваннями. ЛТМ функціонують на базі психоневрологічних диспансерів, психіатричних лікарень, а також в стаціонарних установах соціального забезпечення. Позитивним аспектом лікувально-трудова майстерень є те, що пацієнти працюють під контролем медичного персоналу, режим праці може дозувати залежно від показань, праця орієнтований на відновлення і придбання трудових навичок.

Так само важливим фактором є робота в колективі, що сприяє соціалізації.

У деяких країнах (наприклад Росія) передбачені гуртожитки для людей з психічними захворюваннями. Гуртожитки створюються для доповнення діяльності психіатричних лікарень з розрахунком на пацієнтів, тільки що виписалися з психіатричного стаціонару і практично не потребують допомоги медичного персоналу.

Соціальні працівники в установах даного типу надають допомогу у відновленні трудового статусу і набуття навичок самообслуговування (приготування їжі, прибирання приміщення, дотримання особистої гігієни, покупка продуктів).

Однією з інноваційних і стрімко розвивається формою допомоги в психіатрії, що відноситься до системи первинної ланки, є психотерапевтичні кабінети, діяльність яких здійснюється на базі територіальних поліклінік. Це дозволяє надавати психіатричну допомогу тим пацієнтам, які в силу тих чи інших обставин побоюються звертатися в психіатричні установи. У психотерапевтичних кабінетах надається допомога особам практично з усім спектром психічних захворювань [22, с. 4-10]. Найбільш розповсюдженою організаційною формою надання допомоги психічно хворим людям є психоневрологічні інтернати. Найбільш важливими завданнями психоневрологічних інтернатів є:

- матеріально-побутове забезпечення інвалідів і створення, найбільш сприятливих (відповідних віку, здоров'ю) умов життєдіяльності;
- догляд та нагляду за пацієнтами, надання медичної допомоги, проведення лікувально-оздоровчих і профілактичних заходів;
- здійснення реабілітаційних заходів медичного, соціального і лікувально-трудоного характеру;
- організація відпочинку і дозвілля осіб, які проживають в інтернаті.

Пацієнти, що знаходяться в установах даного типу, є найбільш складним контингентом психічно хворих, так як в більшості це люди з важкою розумовою відсталістю, і різними деменціями [24, с. 50-54].

Дитячі будинки-інтернати для дітей з розумовою відсталістю є медико-соціальним закладом, функції якого полягають в постійному проживанні дітей, які потребують догляду, побутового і медичного обслуговування, а також у соціальній та трудовій адаптації. Дітей знаходяться в будинках-інтернатах поділяють на три групи, в залежності від віку: дошкільного (від 4 до 8), підліткового (від 9 до 15) і юнацького віку (від 16 до 18). Діти, що мають відхилення в психічному розвитку, але молодше чотирьох років перебувають в спеціалізованих яслах, які так само відносяться до системи охорони здоров'я.

Наступним видом спеціалізованих установ є установи відновно-лікувального характеру для дітей. До них відносяться школи-інтернати, до контингенту яких відносяться діти з розумовою відсталістю, сліпі і слабозорі діти, діти з важкими

порушеннями мови, з наслідками поліомієліту та церебральних паралічів. У школі-інтернаті для даних груп дітей встановлюється особливий режим дня. Ще одним типом, що належать до установ відновно-лікувального характеру, є спеціалізовані психоневрологічні санаторії. В дані установи діти приймаються у віці від 4 до 8 років з діагнозом легкої розумової відсталості і супутніми соматичними захворюваннями. Діяльність соціальних працівників в даних установах, спрямована на виховно-корекційну роботу, яка здійснюється на основі наступних принципів:

- соціально-практична спрямованість навчання і виховання;
- корекційно-розвивальне навчання;
- комплектність впливу;
- індивідуально-особистісний підхід [16, с. 82-85].

Пансіонати для ветеранів праці відносяться до іншого типу стаціонарних установ системи соціального обслуговування. Будинки-інтернати надають можливість людям похилого віку та інвалідам перебувати там не тільки постійно, але і тимчасово, в них вводиться тижневе і денне перебування. Пацієнтами будинків-інтернатів є люди, які потребують постійного стороннього догляду, втратили в значній мірі здатність пересуватися. Основними завданнями соціального працівника є: збереження фізичної та соціальної активності; активізація інтелектуальної діяльності; створення позитивних емоційних стимулів, що сприяють усвідомленню цінності свого життя; забезпечення таких умов утримання, догляду та лікування, які створювали б у старого людини відчуття високої якості триваючої життя. Так само до позастаціонарних установ надають допомогу інвалідам та престарілим відносяться центри соціального обслуговування (ЦСО).

До завдань даних центрів входить виявлення престарілих та інвалідів, які потребують соціальної підтримки; визначення конкретних видів і форм допомоги їм, надання різних соціально-побутових послуг разового або постійного характеру; аналіз соціально-побутового обслуговування населення; залучення різних державних і недержавних структур до вирішення питань надання соціально-побутової, медико-соціальної, психологічної, юридичної допомоги інвалідам та іншим нужденним.

В установах соціального забезпечення передбачається розвиток медико-соціальних відділень допомоги на дому [29]. Спеціаліст, із соціальної роботи здійснює свою діяльність в даному установ повинен мати медичну підготовку. Його обов'язками є надання соціальної допомоги на дому психічно хворим в стадії ремісії. А також соціальна допомога сім'ї і хворому, яка може складатися з різних форм: господарську допомогу, матеріальної підтримки, навчання родичів догляду за хворим, а хворого навичкам адаптації, самообслуговування.

Головними завданнями соціальної роботи в центрах соціального обслуговування є: створення психологічно затишної атмосфери, формування і залучення людей похилого віку та інвалідів в різні мікросоціальної групи, організація трудотерапії, зняття негативних емоційних переживань, допомога у формуванні нового життєвого стереотипу.

Не так давно в нашій країні з'явилися консультативні та реабілітаційні центри, які надають соціально-психологічну допомогу. Завданнями консультативних і реабілітаційних центрів є: допомога в самопізнанні людиною самого себе, встановлення самооцінки на адекватному рівні, пристосуванні до реальних життєвих умов, допомога у виході з кризових ситуації. Основними формами роботи соціально-психологічних консультативних центрів є консультування громадян при наявності проблем, проведення тренінгів, організація кабінету і телефону довіри [6, с. 128-144].

Проаналізувавши структуру установ загальної і психіатричної служби можна сказати, що вони охоплюють всі групи населення від дітей до літніх людей. Так само врахований принцип ступінчастості, і психіатрична допомога надається на всіх рівнях, від психіатричних лікарень, які надають допомогу людям з важкими формами захворювання, до гуртожитків і консультативних центрів, де людині допомагають адаптуватися в суспільстві. Не дивлячись на те, що в нашій країні велика кількість видів установ загальної і психіатричної служби, існує тенденція до скорочення кількості даних установ, що негативно відбивається на якості наданої допомоги.

1.2. Форми та методи соціальної роботи в системі соціального і психологічного обслуговування людей з психічними розладами.

Керуючись статтею 1 Закону України "Про соціальні послуги", такими послугами вважають комплекс заходів, що надається індивідам, або окремим соціальним групам, що опинилися в складних життєвих обставинах, які неможливо подолати їм самотійно, з метою розв'язання їх життєвих проблем.

Складні життєві обставини – це явище (факт), спричинений станом здоров'я, віком, втратою соціальних зв'язків, матеріальним становищем, інвалідністю, способом життя та ін., внаслідок яких індивід повністю, або частково втратив(не набув) можливості (навичок) піклуватися про особисте (або сімейне) життя та не бере участі в житті суспільства.

Саме соціальна робота за своєю суттю покликана здійснювати комплекс заходів з адаптації, інтегрування, надання допомоги, захисту осіб із психічними розладами, серед яких:

люди, які опинилися в складних життєвих обставинах,

люди, які перебувають в ув'язненні чи колишні ув'язнені, життя яких було поламано через покарання внаслідок порушення закону,

люди із затримками розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини,

бездомні громадяни,

люди, що мають соматичні чи психічні захворювання або інвалідність;

термінальні хворі,

люди, залежні від алкоголю, наркотиків, азартних та компютерних ігор, та їхні родини,

люди похилого віку, що не можуть адекватно функціонувати самотійно та забезпечувати власні потреби,

люди, що знаходяться у тривалому стресовому стані, пов'язаному з травматичними подіями (смерть близької людини, природні чи техногенні катастрофи, вихід на пенсію, втрата робочого місця тощо), тому розповсюдження її

у психіатричну допомогу для надання медико-соціальної допомоги особам з вадами психічного здоров'я є актуальним і необхідним завданням.

Соціальна робота є новим для України напрямком, що потребує чіткого окреслення функцій соціального працівника в системі закладів охорони здоров'я, які надають психіатричну допомогу.

Соціальна робота – це допомога найбільш вразливим членам суспільства (індивідам, групам, громадам), які перебувають у складних життєвих ситуаціях, набуті достатньої сили (влади) задля виходу зі свого скрутного становища, максимального пристосування до соціального середовища, досягнення добробуту та соціальної справедливості [33, С. 76]

Соціальна робота в системі психіатричної допомоги — це комплекс заходів, спрямованих на підвищення соціальної компетентності осіб з психічними розладами, формування у них відповідальності за свою соціальну поведінку, а також соціальне забезпечення, підтримка і соціальна реабілітація пацієнтів [5].

Соціальний робітник – суб'єкт, надавач соціальних послуг, знання і навички якого відповідають вимогам і характеру роботи, що виконується.

Соціальним працівником вважають фахівця з відповідною освітою, необхідною кваліфікацією у сфері соціальної роботи, що надає соціальні послуги.

Головними завданнями соціального працівника в психіатричних закладах є надання пацієнтам можливості якомога повніше розвивати власний потенціал, збагачувати своє життя та попереджувати виникнення дисфункцій [5].

Соціальне обслуговування - система соціальних заходів, яка передбачає сприяння, підтримку і послуги, що надають соціальні служби окремим особам чи групам населення для подолання або пом'якшення життєвих труднощів, підтримки їх соціального статусу та повноцінної життєдіяльності [11].

Надання соціальних послуг ґрунтується на попередженні виникнення складних життєвих обставин (профілактика), створення відповідних умов для самостійного розв'язання життєвих негараздів клієнтом.

Принципи надання соціальних послуг: адресність та індивідуальний підхід, доступність, гуманності, комплексності, добровільності, соціальної справедливості,

законності, конфіденційності, дотримання суб'єктами, що надають соціальні послуги, державних стандартів соціальних послуг, етичних норм і правил.

Законодавство України про соціальні послуги будується на Конституції України, Законі України “Про соціальні послуги”, інших нормативно-правових актах та міжнародних договорах України.

Соціальне обслуговування здійснюється за місцем проживання особи, що опинилася в складних життєвих обставинах, у стаціонарних інтернатних установах та закладах, у реабілітаційних установах, в установах та закладах тимчасового або постійного перебування, денного перебування, психіатричних лікарнях, територіальних центрах та інших закладах догляду і підтримки.

Соціальна робота в психіатрії представлена чотирма напрямками:

- Соціотерапевтичний
- Соціально-правове обслуговування
- Інформаційно-освітній
- Профілактичний

Напрямки соціальної роботи в психіатрії вказують на предмет соціальної роботи (тобто за допомогою чого і як саме впливати, здійснювати допомогу), а рівні соціальної роботи визначають об'єкти, на які цей вплив буде направлено.

Розглянемо більш детально функції та обов'язки фахівця соціальної роботи в психіатричному закладі. Спільно з лікарем психіатром та психологом розробляє індивідуальну та групову роботу з пацієнтами, спрямовану на покращення їх соціальної адаптації: проводить тренінг комунікативних навичок, відновлення соціальних зв'язків пацієнтів, проведення занять по соціально-правовому захисту пацієнтів, взаємодія закладів з організаціями, що надають соціальну допомогу та підтримку. Проводить соціальне обстеження пацієнтів (сімейні відносини, побутові та виробничі умови, характер праці тощо) Сприяє у встановленні особистості і місця проживання пацієнтів, відновленні документів, що засвідчують їх особистість. Сприяє відновленню функціонування пацієнта у різних соціальних групах, надає допомогу у налагодженні сімейних відносин, взаємодії з найближчим оточенням, групами по інтересам, виробничим колективом. Проводить роботу по відновленню

трудових навичок пацієнта, залучає його до трудової діяльності, надає допомогу в працевлаштуванні. Здійснює заходи, спрямовані на відновлення у пацієнта навичок спілкування, міжособистісних відносин. Надає допомогу у вирішенні таких побутових питань, як раціональне використання бюджету, харчування, дотримання гігієнічних та санітарних правил, доставку продуктів харчування, ліків, прибирання приміщення та інше. Здійснює соціально-правовий захист пацієнта: відновлення соціального статусу пацієнта, допомога в оформленні пенсії, опіки, поміщення в спеціалізовані будинки-інтернати, відновлення на робочому місці. Спільно з лікарем та психологом регулярно спілкується з пацієнтами та їх родичами, вивчає їх пропозиції та зауваження і вживає відповідних заходів. Бере участь у роботі мультидисциплінарної бригади, проводить проміжну оцінку соціального функціонування пацієнта та оцінку ефективності реабілітаційних заходів, що здійснюються з можливим внесенням змін до індивідуальної програми реабілітації та допомоги.

Психосоціальна реабілітація хворих на тяжкі і хронічні психічні розлади є складним процесом, що охоплює декілька етапів. Реабілітаційні заходи суворо індивідуальні і визначаються клінічним станом та потребами пацієнтів.

Потреби й запити хворого можуть стосуватися різних сфер життя клієнта, які потребують вирішення і допомоги: медичні, соціальні, психологічні, економічні та ін. Перелік проблем може окреслити сам індивід, або виявляти фахівець нашого закладу під час оцінки. Також, важливим є з'ясування проблеми у стосунках з оточуючими та первинній системі підтримки пацієнта, оцінити ризиковану поведінку, передвісники рецидивів, проведення вільного часу. Реабілітаційні ресурси пацієнта складають матеріальні ресурси (їжа, одяг, житло), навички самостійного життя та здатність і мотивація долати повсякденні труднощі.

На підставі отриманих даних визначається мета реабілітації і складається план реабілітаційних заходів. Загальною метою є допомога пацієнтові залишатися у суспільстві, стати самостійним, компетентним, автономним, тобто покращити якість свого життя. За клієнтом закріплюється ведучий спеціаліст, який координує роботу з пацієнтом інших фахівців ЦМСР, залучених до реалізації реабілітаційного

плану, та підводить підсумки його виконання, враховуючи погляди самого клієнта й оцінки інших фахівців.

Залучення пацієнтів до процесу психосоціальної реабілітації є не просто бажаним, а скоріше необхідним. На усіх етапах реабілітаційного процесу фахівцеві необхідно знати про цілі самого хворого, його цінності, думки, почуття, переконання, життєвий досвід.

Залучення пацієнтів до процесу психосоціальної реабілітації вимагає створення процедур, які б йому були пояснені й зрозумілі, тобто хворий має розуміти, що буде відбуватися і як. Дуже важлива прихильність самого фахівця справі залучення пацієнта і його віра в те, що реабілітація проводиться спільно, а не за схемою «процедура – пацієнтові».

Фахівці повинні мати необхідні навички, знання і особистісні переконання для виконання наступних функцій:

- встановлювати терапевтичний зв'язок з пацієнтами для налагодження тісної взаємодії;
- допомагати пацієнтам у визначенні й постановці особистих цілей реабілітації;
- допомагати хворим в оцінці їх навичок і ресурсів оточення, виходячи з кінцевої мети реабілітації;
- допомагати пацієнтам у плануванні розвитку навичок і ресурсів, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам опановувати нові навички, які їм необхідні;
- допомагати хворим використовувати навички, якими вони вже володіють;
- допомагати пацієнтам встановлювати зв'язки з ресурсами, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам змінювати ресурси оточення для посилення підтримки;
- надавати хворим постійну особисту підтримку, якої вони потребують.

1.3. Правові аспекти соціальної роботи з психічнохворими людьми

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним і значущим, бути активними і творчими членами суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою та стабільності навколишнього середовища, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства. Показники охорони психічного здоров'я населення України свідчать про негативні тенденції.

Можна схвально оцінити прийняття у 2017 р. Верховною Радою України низки важливих законопроектів[2], покликаних покращити ситуацію із забезпеченням прав осіб із психічними порушеннями. Більшість нововведень стосувалися розширення прав недієздатних осіб, зміни процедури позбавлення особи дієздатності, механізмів примусової госпіталізації та примусового огляду осіб із психічними розладами, а також зміна кримінального процесуального законодавства, яке регулює застосування примусових заходів медичного характеру. Пропонований розділ покликаний окреслити вплив законодавчих змін на забезпечення прав осіб із психічними та інтелектуальними порушеннями.

Системою психічного здоров'я охоплено значну частку населення. Станом на 1 січня 2017 р. 1673328 жителів України перебували на обліку у зв'язку із розладами психіки та поведінки, в тому числі 694928 – внаслідок розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю та наркотиків (3,9% населення). За 2016 р. до закладів з надання психіатричної допомоги було госпіталізовано 182415 хворих, які в середньому 53,4 дні перебували у стаціонарі. На кінець 2016 р. в Україні 261240 хворих на психічні розлади мали групу інвалідності, з них 8,5% – діти у віці до 17 років. 9893 хворих у 2016 р. первинно були визнані особами з інвалідністю у зв'язку з психічними розладами. Смертність населення України від навмисного самоушкодження у 2015 р. становила 17,7 на 100 тис. населення.[3] На жаль,

послуги психіатричної допомоги продовжують асоціюватись із обмеженням прав людини, дискримінацією, в тому числі сегрегацією користувачів цих послуг.

Найвразливішою групою залишаються недієздатні особи та особи, дієздатність яких обмежена. Їх кількість станом на 01.01.2017 склала 39 797 осіб, із них 36 025 осіб з інвалідністю (91,4%). Свого часу УГСПЛ уже висловлювала стурбованість щодо належного рівня послуг майже 9% осіб, яким інвалідності не встановлено. Очевидною є необхідність активнішого включення органів опіки та піклування до розв'язання питань доступу недієздатних осіб до послуг, пов'язаних з інвалідністю. 30 427 недієздатним особам та 1 128 особам, цивільна дієздатність яких обмежена, призначено опікунів та піклувальників, з яких 30 111 (95,5%) перебувають у родинних стосунках з підопічними. 7 666 недієздатних осіб та 164 особи, цивільна дієздатність яких обмежена, опікунів та піклувальників яким не призначено, перебувають під опікою чи піклуванням закладів соціального захисту сфери управління Мінсоцполітики. 5 297 недієздатних осіб поміщено опікунами до спеціальних закладів.[4]

Покращити доступ до правосуддя цієї категорії громадян мають зміни, внесені до Цивільного процесуального кодексу України. Статтею 300 ЦПК визначено, що заяву про перегляд рішення про визнання особи недієздатною може бути подано самою особою. Крім того, захистити інтереси недієздатних або обмежено дієздатних осіб покликане й положення частини 6 тієї ж статті ЦПК, яке обмежує строк рішення про обмеження цивільної дієздатності або позбавлення дієздатності двома роками[5]. Однак ці зміни не можна вважати повноцінними, оскільки законодавець не вніс відповідних змін до ст. 42 ЦК України, яка теж регулює процедуру поновлення дієздатності. Виходить, що наразі існує колізія у законодавстві, адже у ЦК України зазначено, що поновлення цивільної дієздатності відбувається лише за заявою опікуна або органу опіки та піклування[6].

Як позитивно можна оцінити положення ст. 299 ЦПК про участь особи, щодо якої приймається рішення про визнання її недієздатною або обмеження її дієздатності, у судовому засіданні. Передбачено й можливість участі через відеоконференцію у разі перебування особи у психіатричному закладі. Участь особи

у судовому засіданні, заслуховування її думки є одним із фундаментальних умов доступу до правосуддя осіб із проблемами психічного здоров'я. Втім, законодавець вирішив, що не в усіх питаннях, які стосуються недієдатних осіб та осіб, дієдатність яких обмежена, їхня думка є важливою. Зокрема не передбачено врахування думки особи під час розгляду справ щодо призначення опікуна чи піклувальника.

Водночас зменшено втручання опікуна до інших сфер життя недієдатної особи, а саме виключено положення про стерилізацію недієдатних осіб за згодою опікуна (ст. 281 ЦКУ, ст. 49 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Однак ризик прийняття опікуном рішень, які не обов'язково можуть бути підтримані недієдатною особою, зберігається через положення ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я України, згідно з якою медичне втручання щодо недієдатної особи здійснюється за заявою опікуна[7].

Викликом залишається й забезпечення права на захист осіб, що перебувають під опікою чи піклуванням. На жаль, такі особи не можуть самостійно отримати безкоштовної правової допомоги. Відповідно до ч. 3 ст. 18 Закону України «Про безоплатну правову допомогу» таку допомогу може бути надано виключно на підставі звернення опікуна чи піклувальника[8]. Це положення суттєво ускладнить або навіть унеможливить доступ до правосуддя недієдатних осіб, зокрема у питаннях поновлення цивільної дієдатності.

Турбує й дискримінація недієдатних осіб у частині позбавлення їх права на звернення. Відповідно до ст. 8 Закону України «Про звернення громадян» звернення недієдатних осіб не підлягають розгляду, таке звернення може бути подано лише законними представниками. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини 10 листопада 2017 р. підготував відповідне конституційне подання про визнання таких положень неконституційними[9]. На це час питання про відкриття конституційного провадження розглядається в Конституційному Суді України.

У змінах до Закону України «Про психіатричну допомогу» переглянуто процедуру госпіталізації недієдатних осіб. Відповідно до рішення Конституційного Суду України[10] порядок госпіталізації недієдатної особи за згодою опікуна було

визнано неконституційним. З того часу питання госпіталізації недієздатної особи вирішувалося на підставі рішення суду. Згідно зі змінами до ст. 13 Закону України «Про психіатричну допомогу», недієздатну особу може бути госпіталізовано за її згодою, або у випадку неможливості отримання такої згоди – за рішенням органу опіки та піклування, яке ухвалюється не пізніше 24 годин з моменту звернення до цього органу законного представника зазначеної особи і може бути оскаржено до суду[11]. На жаль, увесь позитивний ефект від уведення контролю над госпіталізацією недієздатних осіб втрачається через низьку спроможність органів опіки та піклування. Є побоювання, що рішення цих інституцій матиме виключно формальний характер, про що опосередковано свідчить подана кількість недієздатних осіб, які позбавлені послуг, пов'язаних з інвалідністю.

Тим самим Законом передбачено необхідність отримання згоди особи з психічними порушеннями у випадках надання послуг психічного здоров'я, наприклад, щодо вирішення питання застосування лікування, проведення психіатричного огляду, надання амбулаторної допомоги, госпіталізації до психіатричної лікарні, влаштування до закладів соціального захисту. Якщо така особа не може висловити прохання чи надати усвідомлену письмову згоду, тоді згоду може надати опікун, який, своєю чергою, повинен повідомити органи опіки та піклування[12].

Особам, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, у змінах до Закону України «Про психіатричну допомогу» забезпечено гарантії доступу до альтернативної судово-психіатричної експертизи та право на звернення до суду із заявою про зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру. Крім того, відтепер адміністрація закладу, де перебуває особа, повинна забезпечити безперешкодну можливість обстеження особи обраним нею незалежним лікарем-психіатром на території закладу з надання психіатричної допомоги або кримінально-виконавчої установи відповідно[13].

Внесено зміни й до Кримінального процесуального Кодексу України[14]: захищено процесуальні права осіб із психічними розладами у кримінальному

процесі[15] та гарантовано обов'язкову участь особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, у судовому засіданні[16].

Стриманий оптимізм, що зміни у послугах психічного здоров'я набуватимуть обертів, додає схвалена в уряді Концепція розвитку охорони психічного здоров'я на період до 2030 року[17]. Як один зі способів розв'язання проблем у цій сфері у документі пропонується: «Зменшення дискримінації та порушень прав людей з проблемами психічного здоров'я передбачається за рахунок приведення національного законодавства у відповідність з вимогами міжнародних документів з прав людини, виконання програм підтримки працевлаштування осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями, соціальної інтеграції, здобуття освіти, залучення пацієнтів та їх сімей, а також громадських об'єднань, які здійснюють захист прав пацієнтів, до планування та виконання програм у сфері охорони психічного здоров'я, впровадження ефективного механізму здійснення контролю за дотриманням прав людини під час надання допомоги людям з проблемами психічного здоров'я та механізму притягнення до відповідальності за дії, що мають ознаки дискримінації за ознакою психічного здоров'я. Протидія стигмі, подолання соціальної ізоляції осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями буде здійснюватися шляхом включення таких осіб до соціальних спільнот, забезпечення їх підтриманого проживання на рівні територіальної громади, соціального супроводу під час працевлаштування, удосконалення системи надання реабілітаційних та соціальних послуг». Всіляко підтримуючи таку амбітну мету, розраховуємо, що напрями її реалізації будуть наповнені конкретним змістом та необхідними фінансовими ресурсами. Крім того, хочеться сподіватися, що довгострокові рішення у сфері психічного здоров'я враховуватимуть реформування в інших сферах, зокрема децентралізації, загальної реформи охорони здоров'я.

До слова, фахівців у сфері психічного здоров'я якраз і турбує неврахування цієї ланки у реформі охорони здоров'я. Експерти зауважують, що скорочення ліжок у психіатричній допомозі без розвитку амбулаторних її форм не сприятиме ефективним послугам. Крім того, серйозні виклики для осіб із проблемами психічного здоров'я можуть виникнути під час взаємодії із сімейними лікарями на

первинній ланці, зокрема щодо захисту конфіденційної інформації про стан психічного здоров'я пацієнта. Експерти звертають увагу й на суттєве звуження кількості лікарських засобів Національним переліком: «Унаслідок цього в нас залишилася обмежена кількість найменувань ліків, які пацієнти можуть отримати безкоштовно, за деякими нозологіями — лише один препарат»[18]. Незрозуміле також включення послуг психічного здоров'я до гарантованого переліку безплатних медичних послуг: «Нині держава обіцяє безкоштовну первинну, екстрену та паліативну допомогу. А як бути пацієнтам із вадами психічного здоров'я, особливо з тяжкими розладами (таких в Україні 20 – 25% від загальної кількості психічнохворих)?»[19].

Необхідно віддати належне Міністерству охорони здоров'я у розробленні і затвердженні нових Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги[20]. Згаданий нормативно-правовий акт визначає права та обов'язки осіб, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, передбачає розробку індивідуальних планів соціальної та психологічної реабілітації пацієнтів, регламентує соціально-побутові умови перебування пацієнтів у закладах з надання психіатричної допомоги.

Проблема надання допомоги психічно хворим містить не лише лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи, але також вимагає системного підходу під час захисту їх юридичних прав.

За статистикою, кількість людей із психічними розладами серед населення становить 4-5%. Дещо вищий рівень поширеності граничних станів психіки (за різними даними - до 20%). Такий стан значно частіше діагностують в осіб із протиправною поведінкою, ніж серед законослухняного населення.

Правові аспекти прав людини є особливо важливими під час захисту тих шарів населення, які внаслідок своєї неспроможності не можуть самі захистити свої права, - це діти, люди похилого віку та психічно хворі. Особливості психіки старих людей, які не страждають на психічні розлади, полягають в ускладненому сприйнятті своїх прав і обов'язків. Це стосується й деяких осіб із граничними порушеннями. Отже, захист прав осіб з аномаліями психіки має значно ширший характер, ніж захист

лише хронічних психічно хворих. У суспільстві існує так звана психіатрична стигматизація або психіатрична стигма, що виникає як серед пацієнтів, так і серед психічно здорового населення. Це явище пов'язане з тим, що поведінка психічно хворих обумовлює певний подив і побоювання у пересічних людей. Стигматизація характеризується певними ознаками, неприйнятними відхиленнями від норми, і формується в результаті навіювання і самонавіювання.

У психічно хворих страждає не лише здоров'я, а і стосунки зі своєю родиною, зі своїм найближчим оточенням і з усім суспільством. Отож, хворі змушені побоюватися ставлення інших до себе.

Нормальна поведінка - це умовний кодекс поведінки у певному суспільстві, який формується правом, релігією, культурою, звичаями, а особистість змушена пристосовуватися до цих вимог. Психічно хворі не завжди адекватні. Отже, психіатрична стигма має на увазі комплекс певних негативних особливостей властивих хворому, які вирізняють цю людину серед загалу.

Донедавна проблеми правового регулювання стану психічно хворої людини в звичайній психіатричній практиці вирішувалися лікарями-психіатрами, що у своїй діяльності на перший план ставили обов'язок перед суспільством, ізолюючи і захищаючи суспільство від неадекватної поведінки хворого. Обов'язки щодо пацієнтів вичерпувалися наданням медичної допомоги, визначенням інвалідності без вирішування численних соціальних проблем.

2000 р. в Україні був прийнятий Закон «Про психіатричну допомогу». Під час його розробки групою психіатрів з Асоціації психіатрів України був ретельно вивчений і використаний світовий досвід у царині організації психіатричної допомоги. В основі документа лежить порівняльний аналіз різних національних законів про психічне здоров'я. Закон складається із 33 статей, які поєднують правові й організаційні питання з надання психіатричної допомоги з урахуванням цивільних прав хворих, а також описом професійних прав та обов'язків лікарів-психіатрів. Порушення цього закону лікарями повинно тягти за собою адміністративну або іншу відповідальність. Однак такі випадки невідомі.

Щодо правових проблем, зокрема конфіденційності, що стосується відомостей

про захворювання пацієнта. Психіатр не має права без згоди хворого збирати про нього відомості, не можна також без згоди хворого повідомляти будь-кому цю інформацію.

Важливі проблеми недобровільного огляду і примусової госпіталізації. Пацієнти, які не вважають себе хворими, природно, не хочуть лікуватися в психіатричній лікарні. Проте цього не бажають не лише хворі, але дуже часто їхні родичі пояснюють усілякими психологічними причинами неадекватну поведінку своїх близьких, неправильними поглядами хворого, різними переживаннями тощо. Примусовій госпіталізації підлягають лише ті хворі, небезпечні для себе або інших, тобто коли пацієнт може вчинити самогубство або заподіяти будь-яку шкоду людям, з якими спілкується. Якщо такого хворого госпіталізують без його згоди або згоди родичів, то впродовж доби його зобов'язаний оглянути консилиум лікарів і необхідно отримати згоду суду на примусове лікування такого хворого.

Чимало ускладнень виникає, коли пацієнт не вважає себе хворим, не погоджується на лікування і категорично вимагає негайно виписати з лікарні. Аналогічної позиції часто дотримуються й родичі хворих. У зв'язку з тим, що про психіатрію негативно пишуть журналісти, найчастіше погано розуміючи специфіку проблеми, психіатри зазнають необгрунтованої критики. Виникає ситуація, за якої лікареві значно легше взагалі не госпіталізувати хворого, ніж направити його на лікування. Хворий не хоче, щоб його лікували, родичі дотримуються такої ж позиції, і в таких випадках можна одержати письмову відмову хворого і його родичів від госпіталізації і не відправляти людину до лікарні. Але в такий спосіб хворий позбавляється законного права на медичну допомогу. Впродовж багатьох років людина не розуміє, що вона хвора, і вимагає, щоб до неї ставились як до психічно здорової і не лікували.

Отже, дотримання прав людини щодо психічно хворих пов'язано з великими ускладненнями і вимагає глибокого професіоналізму. Якщо в адвокатурі та в інших юридичних інстанціях достатньо дотримуватись закону, то для психіатра, крім професіоналізму, потрібен ще високий загальноосвітній рівень. Інакше було б набагато легше пояснити будь-яку незвичну поведінку не особистістю людини та її

поглядами, а психічним захворювання. Прикладом можуть бути релігійні погляди, коли за радянських часів люди притягались до кримінальної відповідальності за обвинуваченням у релігійній пропаганді. Їх визнавали психічно хворими і направляли на примусове лікування.

Порядок призначення примусового медичного лікування, терміни огляду і виписки встановлюються Законом «Про психіатричну допомогу» не лише у випадках недобровільної госпіталізації, але й у випадках здійснення суспільно небезпечних дій (цій проблемі присвячені відповідні положення Кримінального, Кримінально-процесуального кодексів України та інших нормативно-правових актів).

Багато проблем виникає під час захисту цивільних прав психічно хворих. Щоб людина могла реалізовувати свої права та виконувати усі свої цивільні обов'язки, вона повинна бути дієздатною. Питання про недієздатність виникає за клопотанням оточення хворого, але лише суд має право направити людину на судово-психіатричну експертизу для вирішення питання про її недієздатність і позбавити людину дієздатності. Ці проблеми обумовлені в Законі.

Повна цивільна дієздатність відповідно до статті 30 Цивільного кодексу можлива лише в тому випадку, якщо громадянин повною мірою розуміє значення своїх дій і може керувати ними.

Недієздатні особи, які внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не можуть розуміти значення своїх дій і керувати ними (стаття 39 ЦК України). Тільки тоді, коли людина визнається судом недієздатною, постає питання про опікунокство й опікуна, який повинен захищати права цього хворого. Недостатньо знайти опікуна, що погоджується опікувати хворого. Необхідно, щоб опікун щиро захищав інтереси підопічного, однак відомі непоодинокі випадки, коли в таких ситуаціях переважають корисливі інтереси. Нарешті, у Цивільному кодексі України існує стаття 36 про обмежену цивільну дієздатність, яка на відміну від часткової і неповної дієздатності неповнолітніх (ст. 31 і 32) стосується не тільки осіб, які зловживають алкоголем, наркотиками і токсичними речовинами, як було зазначено й у попередньому Цивільному кодексі, але й осіб, які страждають на психічні

розлади, що впливають на можливість особи повною мірою розуміти значення своїх дій і керувати ними.

Не менш важливою проблемою є встановлення вини психічно хворого під час здійснення ним протиправних дій.

Винною у вчиненні злочину, тобто осудною, визнається особа, що могла усвідомлювати свої дії і керувати ними (ст. 19 Кримінального кодексу України). У цій же статті зазначено, що не підлягає відповідальності особа, яка під час здійснення суспільно небезпечних дій перебувала в стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати своїх дій (або бездіяльності) або керувати ними внаслідок хронічного психічного захворювання, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану. До такої особи за рішенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру. У, коли особа вчинила злочин у стані осудності, але до винесення випадках вироку захворіла на психічну хворобу, що позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними, то до такої особи за рішенням суду можуть застосовуватися заходи медичного характеру, а після одужання така особа може підлягати покаранню.

Особи з психічними розладами, які позбавлені можливості повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і/або керувати ними, визнаються обмежено осудними. Це враховується судом під час призначення покарання (ст. 20 КК України) і може слугувати підставою, крім винесення вироку, для направлення на примусове лікування. До цієї категорії належить група осіб із психічними аномаліями в межах осудності, ті, хто раніше визнавався осудним, тому що осудність стосувалася і психічно здорових, і психічних розладів граничного характеру, що мають проміжне положення між нормою і вираженим психічним розладом. Як бачимо, у визначенні обмеженої осудності є деяка частка діагностичного суб'єктивізму, тому застосування згадуваної статті необхідно забезпечити відповідними розробленими методичними рекомендаціями.

Вирішуючи питання про недієздатність (обмежену дієздатність) або неосудність (обмежену осудність), важливо не лише встановити існування психічної

аномалії, але для якісного експертного висновку необхідно визначити глибину психічного розладу, тобто як ця аномалія психіки впливає на здатність розуміти або усвідомлювати значення своїх дій і можливість керувати ними.

Охорона прав психічно хворих не вичерпується наведеними документами. За межами цієї статті залишилося багато нормативно - правових документів з питань надання психіатричної допомоги, зокрема такі важливі питання, як призначення певних типів примусового лікування тощо. Наскільки складний захист прав людини взагалі і психічно хворих зокрема, свідчить те, що, незважаючи на повноту і продуманість правового захисту пацієнтів, їхні права часто порушуються, іноді внаслідок шахрайства з боку психічно здорових членів суспільства.

У правовій літературі всі міжнародні норми в галузі прав і свобод людини прийнято називати міжнародними стандартами [2]. Вимоги міжнародного права з проблематики прав людини, включаючи пакти ООН та регіональні конвенції, повинні бути основою для розробки національного законодавства, яке визначає права осіб із психічними розладами або регулює діяльність всієї системи охорони психічного здоров'я і соціального забезпечення [8; 9].

Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» психіатричний заклад - психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги. Психіатрична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, догляд і медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

Соціальний працівник бере участь у наданні психіатричної допомоги у відповідному закладі, виконуючи при цьому певні ролі та завдання.

Згідно з дослідженнями, вітчизняна психіатрична служба має такі культуральні характеристики:

- орієнтація на стаціонарне обслуговування пацієнтів;
- переважно біологічна орієнтація в субкультурі психіатрів;

- патерналістський стиль спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, підлеглими;

- практична відсутність знань у галузі етики й права, а також навичок щодо їх використання;

- відсутність комунальної (громадської) психіатрії й інфраструктури, що забезпечувала б її успішне функціонування;

- відсутність досвіду в створенні та продуктивній взаємодії з громадськими організаціями родичів і психіатричних послуг;

- відсутність інституту соціальних працівників у сфері охорони психічного здоров'я.

У роботі із людьми з психічними розладами можна визначити такі основні завдання соціального працівника:

- налагодження та підтримка контактів з індивідами, групами та організаціями;
- розвиток профілю групи, оцінка ресурсів і потреб групи;
- розробка стратегічного аналізу та планування цілей, завдань і пріоритетів;
- підтримка створення груп;
- підтримка роботи та ефективного розвитку груп;
- продуктивна робота з конфліктами всередині та між групами й організаціями;
- співробітництво й ведення переговорів з іншими закладами та фахівцями;
- усний та письмовий зв'язок з індивідами, групами й організаціями;
- робота з конкретними людьми, зокрема консультування;
- контроль та оцінка прогресу та найефективнішого використання ресурсів;
- відрахування з груп, забезпечення ефективного припинення діяльності груп;
- розробка, контроль та оцінка стратегій рівних можливостей.

Отже, для ефективного надання допомоги людям із психічними розладами соціальні працівники повинні виконувати наведені вище завдання і дотримуватись норм і правил поведінки із зазначеною категорією людей.

Отже, оскільки психіатрія є зоною високого ризику порушення прав людини, мають бути чітко визначені правові процедури та гарантії, які унеможливлювали б порушення прав і пацієнтів, і персоналу, а також використання спеціалістів для

незаконної позасудової ізоляції окремих громадян.

Охорона прав психічно хворих не вичерпується наведеними законодавчими документами. Водночас не зважаючи на відносно ґрунтовний захист прав людини взагалі і психічно хворих зокрема, життєва практика свідчить про те, що, незважаючи на повноту і продуманість правового захисту пацієнтів, їхні права системно порушуються, внаслідок цілеспрямованого шахрайства з боку психічно здорових членів суспільства з метою наживи. У правовій літературі всі міжнародні норми в галузі прав і свобод людини прийнято називати міжнародними стандартами. Вимоги міжнародного права з проблематики прав людини, включаючи пакти ООН та регіональні конвенції, повинні бути основою для розробки національного законодавства, яке визначає права осіб із психічними розладами або регулює діяльність всієї системи охорони психічного здоров'я і соціального забезпечення [8; 9].

На сьогоднішній день психіатричні лікарні є зоною високого ризику порушення прав осіб з психічними розладами. Як з боку медичного персоналу, так і з боку родичів або опікунів. Психічний стан таких осіб не надає можливості чинити опір, скаржитись, домагатись справедливості у судах або правоохоронних органах. Тому у медичних психіатричних закладах мають бути чітко визначені та встановлені правові процедури та гарантії, які унеможлиблювали б порушення прав і пацієнтів, і персоналу, а також використання спеціалістів для незаконної позасудової ізоляції окремих громадян. Дотримання цих процедур і гарантій у великій мірі можуть бути покладені на соціальних працівників, що здійснюють свою діяльність у психіатричних закладах. У сучасному суспільстві соціальна робота виконує важливу роль у забезпеченні прав людей з психічними розладами.

Висновки до першого розділу

Здоров'я суспільства залежить від рівня благополуччя кожної людини та уваги до проблем

Новітня система охорони психічного здоров'я в Україні в цілому успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи. Залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я.

Ряд позитивних змін в сфері охорони психіатричного здоров'я за роки незалежності: прийняття Закону України "Про психіатричну допомогу", створено асоціацію психіатрів України (громадська медична організація), розвиток міжнародної співпраці, розробка протоколів та їх впровадження щодо надання допомоги при деяких розладах психіки, реалізація нових освітніх проектів у методах психотерапії, проведення ініціатив просвіти.

Дискримінацією осіб, що страждають психічними розладами називають негативне упереджене ставлення до людей та порушення їх прав, або обмеження можливостей на підставі наявності у них психічного розладу або психіатричного діагнозу. За формами дискримінацію поділяють на побутову та інституційну.

До побутової дискримінації відноситься: негативне, упереджене ставлення до представників тієї чи іншої меншості з боку окремо взятих осіб або малих громадських груп.

Інституційна дискримінація - має місце з боку великої групи, суспільства, організації або соціального інституту по відношенню до людей з психічними розладами і психіатричними діагнозами

Основною причиною дискримінації і стигматизації є недостатня обізнаність суспільства, відсутність програм просвіти пересічних громадян, наявність стереотипів щодо психічних хвороб, ставлення по психічній хвороби, як до безумства.

Надання психіатричної допомоги в Україні базується на принципах гуманності, дотримання всіх прав громадянина, що гарантується Конституцією України, добровільності, доступності, анонімності (за бажанням), необхідності.

Держава є гарантом надання безоплатної медичної і соціальної допомоги, захисту прав і свобод людей, що страдають на психічні розлади, здійснення всіх видів експертиз, вирішення питань щодо опіки і піклування даної категорії громадян у встановленому законом порядку, та багато іншого.

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України "Про психіатричну допомогу" та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Головними завданнями соціальної роботи в центрах соціального обслуговування є: створення психологічної атмосфери, формування і залучення людей похилого віку та інвалідів в різні мікросоціальної групи, організація трудотерапії, зняття негативних емоційних переживань, допомога у формуванні нового життєвого стереотипу.

Не так давно в нашій країні з'явилися консультативні та реабілітаційні центри, які надають соціально-психологічну допомогу. Завданнями консультативних і реабілітаційних центрів є: допомога в самопізнанні людиною самого себе, встановлення самооцінки на адекватному рівні, пристосуванні до реальних життєвих умов, допомога у виході з кризових ситуацій. Основними формами роботи соціально-психологічних консультативних центрів є консультування громадян при наявності проблем, проведення тренінгів, організація кабінету і телефону довіри [6, с. 128-144].

Проаналізувавши структуру установ загальної і психіатричної служби можна сказати, що вони охоплюють всі групи населення від дітей до літніх людей. Так само врахований принцип ступінчастості, і психіатрична допомога надається на всіх рівнях, від психіатричних лікарень, які надають допомогу людям з важкими формами захворювання, до гуртожитків і консультативних центрів, де людині допомагають адаптуватися в суспільстві. Не дивлячись на те, що в нашій країні

велика кількість видів установ загальної і психіатричної служби, існує тенденція до скорочення кількості даних установ, що негативно відбивається на якості наданої допомоги.

РОЗДІЛ 2. ШЛЯХИ ТА УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЛЮДЕЙ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ

2.1. Система соціальної роботи з клієнтами психіатричної лікарні

Психічні розлади займають особливе місце як у медицині, так і в соціальній роботі. Необхідно наголосити на тому, що психічні розлади мають чи не найбільшу соціальну вагу серед всіх інших груп захворювань. Для цього є кілька причин:

- психічні захворювання трапляються досить часто;
- психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини;
- певні різновиди психічних розладів пов'язані з можливістю заподіяння шкоди собі чи іншим;
- у суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих.

Усі згадані аспекти психічних розладів віддзеркалюються і на соціальній роботі з цією групою хворих, визначаючи її специфіку.

Якщо ми звернемося до Міжнародної класифікації психічних захворювань (10-й перегляд) та уважно вивчимо прояви основних розладів, то побачимо, що приблизно 10 - 17% (а за деякими оцінками навіть більше) населення страждають тими чи тими психічними розладами (враховуючи зловживання алкоголем та наркотиками). Але, на щастя, не всі психічні розлади призводять до втрати людиною соціальної дієздатності.

Серед найбільш небезпечних психічних хвороб варто згадати шизофренію, депресивні розлади, розлади, викликані зловживанням алкоголем чи наркотиками, епілепсію, розлади особистості та розлади, пов'язані з безпосереднім ушкодженням мозку (травмами тощо).

Найбільшою проблемою майже всіх психічних розладів є порушення емоційної сфери людини. Саме з цієї причини хворі втрачають здатність адекватно реагувати на події, що відбуваються навколо них. Наприклад, для депресивних розладів характерним є пригнічений настрій, глибоке почуття провини і все, що

відбувається, навіть найневинніші події, спричиняють поглиблення депресивного настрою.

Для таких хвороб, як шизофренія чи епілепсія, характерні також специфічні розлади мислення. При шизофренії хворий втрачає здатність до мислення, яке базується на традиційній, загальноприйнятій логіці. Для хворих на епілепсію характерне надто детальне мислення, яке заважає їм вирішувати актуальні проблеми, примушуючи блукати поміж непотрібних подробиць.

Соціальна робота з такими хворими передбачає врахування особливостей перебігу та клінічних проявів захворювання. Але завжди необхідно прагнути до встановлення довірливих стосунків з клієнтом. З іншого боку, необхідно пам'ятати про збереження соціальним працівником власної особистості. Надто близькі стосунки з психічно хворими не тільки не приносять користі, але навіть можуть зашкодити як самому хворому, так і професіоналу, який його обслуговує.

Більшість психічних захворювань мають хронічний перебіг. Варто згадати такі захворювання, як шизофренія, депресивний розлад, епілепсія, розлади особистості та інші, перебіг яких розтягується інколи на все життя людини, котра поступово втрачає здатність до самостійності. Особливості соціальної допомоги з огляду на хронічний перебіг захворювання полягають у тому, щоб забезпечити своєчасне звернення по лікарську допомогу в разі потреби, а також докласти зусиль для виконання хворим рекомендацій лікаря після виписки з лікарні.

Оскільки симптоми психічних захворювань різноманітні, в цій главі ми не можемо перерахувати їх всі. Тож найкращим практичним способом "діагностики" психічного стану хворого залишається емпатійне розуміння становища вашого клієнта. При цьому слід пам'ятати, що між психічною хворобою та нормою немає виразної межі, і на практиці варто орієнтуватися перше за все на здатність хворого продовжувати соціальну діяльність. Якщо ж ви відчуваєте, що ваш клієнт більше не в змозі самостійно адаптуватися до реальності, необхідно влаштувати консультацію з лікарем, можливо, за участі родичів.

Другий важливий аспект – продовження лікування після виписки з лікарні. Досить часто хворі не виконують рекомендацій лікаря і не приймають

підтримуючого лікування через певні неприємні побічні ефекти. Проте слід підтримувати хворого у його бажанні одужати та протистояти хворобі, разом з тим рекомендуючи йому продовжувати лікування.

Певні різновиди психічних розладів пов'язані із можливістю заподіяння шкоди собі чи оточуючим.

Досить рідко, в зв'язку з виразним загостренням хвороби, психічно хворі здатні заподіяти шкоду собі або іншим або взагалі покінчити з собою чи вбити когось. Саме тому треба уважно стежити за станом хворого, докладати зусиль для продовження його лікування поза лікарнею, при необхідності забезпечувати цілодобовий нагляд.

Найнебезпечнішими симптомами є виразне психомоторне збудження, яке протікає з сильним агресивним компонентом, а також депресивний, пригнічений настрій та думки про власну нікчемність, меншовартість та провину, які супроводжують його.

Помітивши зростання інтенсивності подібних симптомів, доцільно негайно звернутися по невідкладну психіатричну допомогу. До приїзду лікаря потрібно зробити все можливе для захисту хворого та людей, які знаходяться поряд. Якщо це необхідно, хворого фіксують (тобто прив'язують до ліжка або важкого крісла, використовуючи згорнуті в канати простирадла або рушники). Необхідно простежити, щоб у прив'язаних кінцівках не порушувалася циркуляція крові.

В суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих. Згадана проблема стоїть на перешкоді ресоціалізації психічно хворих, яка, власне, і є основною метою соціального працівника в роботі з цією групою клієнтів. Упереджене ставлення до психічно хворих найчастіше пов'язане з властивим більшості людей побоюванням всього дивного та незрозумілого. Але, мабуть, найсильнішим є страх перед непередбачуваною поведінкою. Зазначимо, що поведінка психічно хворих насправді не є непередбачуваною. Просто вона базується на іншій, ніж звичайна, логіці і для самого хворого є цілком послідовною і логічною. Отже, проблема полягає в тому,

щоб зрозуміти цю логіку, тоді спілкування та співпраця з хворим значно полегшуються.

Треба також пам'ятати про кінцеву мету роботи соціального працівника – ресоціалізацію людей, які страждають на психічні захворювання.

Соціальний працівник прагне залучити психічно хворих до будь-яких видів діяльності, що не є надто травмуючими.

Наприклад, для хворих на шизофренію корисними є будь-які групові заняття, котрі, однак, не передбачають тісного особистого контакту. Це можуть бути заняття в художній майстерні, підтримуюча психотерапевтична група тощо.

Хворі на залежність від наркотичних речовин, навпаки, найчастіше потребують досить тісної взаємодії в групах під керівництвом впливової та авторитетної для них людини.

Всі подібні питання варто обговорювати з психологом або психотерапевтом.

Так само залежно від діагнозу розв'язують і питання працевлаштування. Досить часто психічно хворі отримують групу інвалідності. Але при вдалій реабілітації такі хворі цілком можуть виконувати певну роботу. Закон України "Про психіатричну допомогу" гарантує встановлення квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів унаслідок психічного розладу. Крім того, для забезпечення соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування мають:

- організовувати за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання;

- створювати лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування;

- організовувати гуртожитки та інші місця проживання;

- поліпшувати їхні житлові умови.

Соціальна робота з психічно хворими є досить важким та відповідальним завданням. Найефективнішим способом розв'язання проблеми є співпраця

соціального працівника з так званою багатопрофільною (мультидисциплінарною) групою (командою, бригадою), до складу якої входять також: лікар-психіатр, психолог (психотерапевт), лікар загальної практики та іноді представник органів внутрішніх справ. І хоча в Україні діяльність таких груп ще не закріплена законодавчо, проте варто пам'ятати про необхідність розподілу відповідальності та використання відповідного професійного досвіду.

Одним із найбільш вдалих прикладів соціальної роботи з психічно хворими в сучасній Україні можна вважати діяльність Центру медико-соціальної реабілітації психічно хворих "Академія душі" (м. Київ). Центр надає допомогу психічно хворим, виходячи з оцінки їхніх потреб та висловлених ними уподобань. Робота в Центрі базується на модульному принципі. Серед основних модулів варто згадати наступні: "Самостійне вживання ліків", "Програма навчання навичок роботи на комп'ютері", "Ведення домашнього господарства", "Навички працевлаштування". Крім того, в Центрі працює психолог, арттерапевт, організовано медичне консультування.

"Розумова відсталість не є хворобою. Вона може бути спричинена хворобою (наприклад, менінгітом) або бути пов'язаною з генетичними порушеннями (наприклад, синдром Дауна). Вона може також бути спричинена фізичними ушкодженнями мозку під час вагітності, під час пологів або впродовж життя. Її можуть зумовити складні соціальні та психологічні причини.

У нашій країні розумову відсталість вважають хворобою: всі громадяни України, котрі отримали офіційний статус інваліда у зв'язку із розумовою відсталістю, перебувають на обов'язковому обліку у психоневрологічних диспансерах. І саме тому українська статистика не розрізняє, скільки людей страждає на власне психіатричні недуги, а скільки пацієнтів мають розумову відсталість. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від 1% до 1,5% населення всіх країн, незалежно від регіону, політичного устрою чи рівня економічного розвитку, є розумово відсталими.

Розумова відсталість – відхилення, яким страждає більше 120 млн. людей у всьому світі. Це одна з найчастіших причин інвалідності на все життя. Існує велика кількість причин розумової відсталості (деякі автори налічують більше 1000), багато

з яких можна попередити. Реальний масштаб проблеми, важкий тягар, який лягає на сім'ї і на медичні установи, ціна медичного забезпечення і соціальної підтримки – усе це потребує зусиль щодо розробки і створення ефективної профілактичної програми.

Розумова відсталість може поєднуватися з будь-якими іншими психічними або фізичними (соматичними) розладами, і деякі психоневрологічні синдроми і розлади мають місце в осіб з розумовою відсталістю принаймні втричі частіше,¹ ніж у загальній популяції. Крім того, розумово відсталі особи мають великий ризик експлуатації та фізичного/сексуального насилля. Адаптивні можливості їх завжди порушені, проте в суспільстві з високим рівнем соціального захисту, де існує система підтримки осіб з розумовою відсталістю, ці порушення можуть бути зведені до мінімуму.

Легкий ступінь розумової відсталості (легка розумова субнормальність, легка олігофренія, дебільність)

Особи з таким ступенем засвоюють мову з деякою затримкою, проте вони здатні використовувати її в щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику і брати участь у клінічному опитуванні. Більшість з них також досягає повної самостійності у навичках самообслуговування (їжа, одягання, навички гігієни), навіть якщо темп розвитку цих функцій значно повільніший, ніж у так званих нормальних дітей. Труднощі звичайно виявляються в процесі навчання у школі, де у багатьох виникають проблеми з читанням та письмом. Проте за відповідної підтримки та допомоги такі діти можуть оволодіти основними навичками догляду за собою, і їх відсталість може бути значною мірою компенсована.

Більшість осіб з легкою розумовою відсталістю за умови відповідного навчання потенційно здатні до роботи, яка не потребує теоретичних знань і навичок. Сюди можна віднести ручну працю низької кваліфікації та напівкваліфіковану ручну працю. У соціокультурному контексті, що потребує незначних навчальних досягнень, певний рівень розумової відсталості не є проблемою. Але, якщо має місце емоційна і соціальна незрілість, то наслідки таких відхилень, наприклад,

неспроможність справитися з вимогами шлюбу, з народженням і доглядом за дитиною або складність адаптації до культурних традицій, будуть яскраво виражені.

Загалом, потребу в терапії й емоційній і соціальній підтримці осіб з легким ступенем розумової відсталості прирівнюють до потреби людей з нормальним рівнем інтелекту.

Помірний ступінь розумової відсталості (помірна розумова субнормальність, помірна олігофренія, імбецильність)

Особи цієї категорії мають відставання в розвитку розуміння і використання мови, їхні можливості у цій сфері обмежені. Розвиток навичок самообслуговування і функцій рухового апарату також відстає, і таким особам упродовж усього життя потрібна допомога і контроль. Шкільні успіхи теж обмежені, проте частина дітей засвоює прості навички, необхідні для читання, письма і рахунку. Навчальні програми можуть дати їм можливість дещо розвинути свій обмежений потенціал і набути деяких базових навичок. Такі програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом навчального матеріалу. У зрілому віці особи з помірною розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконувати просту практичну роботу, якщо їм дають прості вказівки і над ними здійснюють контроль. Повністю незалежне проживання такого дорослого з помірною розумовою відсталістю здебільшого неможливе. Проте вони цілком мобільні і фізично активні.

Більшість із них здатні встановлювати контакти, спілкуватися з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

Важкий ступінь розумової відсталості (важка розумова субнормальність, важка олігофренія)

Ця категорія подібна до помірної розумової відсталості за клінічною картиною і наявністю ознак органічного порушення центральної нервової системи. Так як і для осіб з помірною розумовою відсталістю, для них характерний низький рівень засвоєння різних навичок. Визначальна різниця між помірною та важкою розумовою відсталістю полягає в тому, що особи цієї категорії страждають вираженими моторними відхиленнями або іншими клінічними проявами, що свідчать про значне органічне порушення.

Глибокий ступінь розумової відсталості (глибока розумова субнормальність, глибока олігофренія, ідіотія)

Такі особи є обмеженими щодо можливостей розуміти або виконувати інструкції. Більшість із них малорухомі або значно обмежені в своїх рухових можливостях, страждають нетриманням сечі та калу. Вони здатні розуміти тільки елементарні форми немовного спілкування, не можуть піклуватися про себе і потребують постійної допомоги і контролю.

Окрім терміну "розумово відсталий" на Заході використовують також такі назви: "людина з труднощами у навчанні", "людина з інвалідністю, пов'язаною з труднощами у навчанні", "інтелектуально неповносправний", "розумово неповносправний". Перші два терміни видаються нам евфемізмами – намагання уникнути оцінювання явища, про яке йдеться, призводить до неадекватного його сприйняття та непорозуміння. Зазначені терміни не констатують факт, а називають лише один із наслідків справжньої проблеми.

У нашій країні в текстах офіційних перекладів міжнародних документів подибуємо словосполучення "розумова вада" – абсолютно неприйнятне як термін, бо останній має називати явище, а не оцінювати його. Більше того, вкрай негативна оцінка життєвої трагедії, що міститься у словосполученні "розумова вада", при активному застосуванні цих слів фахівцями ще більше підкріплює стигму, яка зазвичай супроводжує клієнта впродовж усього життя. Таким чином, нам видається доцільним використання термінів "інтелектуальна недостатність" та "розумова відсталість".

Розумово відсталі особи є громадянами України (як усі, у віці 16 років вони отримують паспорт) і мають гарантії прав та свобод за Конституцією України. Проте у зв'язку зі зниженим інтелектом їм важко приймати адекватні життєво важливі рішення та відстоювати свої інтереси.

Допомога щодо отримання реабілітаційних заходів регламентується Законом "Про основні засади соціальної захищеності інвалідів в Україні".

Оскільки розумову відсталість за Міжнародною класифікацією хвороб віднесено до розділу психіатричних діагнозів, усі громадяни з таким діагнозом

перебувають на обліку закладів системи охорони здоров'я (служб охорони психічного здоров'я) за місцем проживання та підлягають моніторингу з боку цих служб.

Послуги соціального працівника у класичному їх розумінні – оцінювання індивідуальних потреб клієнта, складання плану втручання та забезпечення клієнта послугами за місцем проживання у відповідності до його потреб – зараз є недоступними в Україні.

Фактично, психіатричний діагноз є відправним пунктом для визначення форм та обсягу державної допомоги розумово відсталим інвалідам: до 16 років розумово відсталі діти отримують статус інваліда з дитинства, державну пенсію з інвалідності, а доглядальники (матері) – допомогу по догляду за інвалідом. Після 16 років медико-соціальна експертна комісія визначає групу інвалідності – першу, другу або третю. Відповідно до діагнозу дитину направляють до спеціальної школи-інтернату системи освіти, а діти із певним переліком діагнозів можуть бути визнані "ненавчуваними" та такими, що "не підлягають направленню" до такого інтернату. Оскільки в нашій державі поки що не створена система закладів денного перебування ані для "ненавчуваних" дітей, ані для дорослих розумово відсталих, то допомогу здійснюють інтернати системи соціального захисту.

Безумовно, система допомоги розумово відсталим в Україні не відповідає стандартам, викладеним у "Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей інвалідів", хоча б тому, що бюджетні затрати на допомогу інвалідові, який проживає у родині, у десять разів нижчі, ніж затрати на догляд розумово відсталого особи в інтернаті системи соціального захисту.

Київ став першим в Україні містом, де поступово вводять інноваційні форми державної допомоги різним групам клієнтів. Зокрема, саме тут з'явилися перші територіальні центри соціальної допомоги самотнім літнім людям, при міському територіальному центрі вперше в Україні створено службу обслуговування таких же осіб із психіатричними діагнозами. Особливою подією для родин, які виховують розумово відсталих інвалідів, стало схвалення Київською міською Радою Концепції

створення в межах м. Києва комплексної системи соціальної реабілітації розумово відсталих осіб.

Концепція ґрунтується на таких засадах організації допомоги:

– відмова від біологічного підходу – тобто ставлення до розумово відсталі особи не як до патологічного об'єкта, а передусім як до особистості. Відповідно оцінювання, складання та виконання плану втручання має здійснюватися з урахуванням особистісних потреб у якнайповнішому обсязі: базових фізіологічних потреб, потреби у безпеці, в належності до соціальної групи та в любові, потреби в самоповазі та максимальній реалізації особистісного потенціалу;

– принцип неперервності – забезпечення підтримки на всіх життєвих етапах, тобто організація схем та програм відповідно до потреб певного вікового періоду. Це передбачає координацію роботи відповідних програм та організацій, за якої соціальний працівник однієї з них, який здійснює функції куратора, мав би передавати клієнта іншому кураторові – працівникові наступної соціальної служби;

– мультидисциплінарний підхід – оцінювання потреб, складання та виконання плану втручання, спрямованого на допомогу розумово відсталій особі, що передбачає утворення злагодженої команди фахівців у складі соціального працівника, спеціального педагога, психолога, медсестри, трудового терапевта, спеціаліста управління праці та соціального захисту населення, у разі необхідності – інспектора у справах неповнолітніх, інспектора з працевлаштування тощо;

– орієнтація на потреби інваліда та родини – надання допомоги за результатами оцінювання потреб конкретного інваліда, адресна допомога;

– деінституціалізація – орієнтація на адаптацію розумово відсталі особи до життя у соціумі на противагу відлученню від звичайного родинного оточення, що відбувається у разі розміщення у відповідному інтернаті;

– допомога у громаді – всі організації та послуги мають бути максимально наближені до домівки інваліда та передбачати пристосування клієнта до життя серед звичайних людей — відвідання закладів громадського користування, спілкування із соціальним оточенням;

– дестигматизація – зняття "стигми", або тавра, суспільного відторгнення розумово відсталого людини як "дефектної" або "меншовартісної". Ставлення до такого громадянина має спиратися на визнання в ньому передусім особистості та прийняття її такою, якою вона є, на повагу до її честі та гідності.

Оцінювання потреб та надання допомоги належить здійснювати з обов'язковим урахуванням точки зору самого клієнта й родини, що його опікує.

Структурними складовими комплексної системи соціальної реабілітації розумово відсталих осіб мають стати організації, схеми, проекти та програми, які забезпечують задоволення окремих потреб цієї групи населення:

– програма раннього втручання, яка забезпечує корекцію проблем розвитку у ранньому віці (до трьох років);

– схема інформування та підтримки родини;

– програми тимчасового догляду та (ростериту, що забезпечують допомогу родині, яка опікує інваліда;

– програми корекції розвитку та поведінки у дошкільному віці: забезпечення послугами закладів дошкільного виховання (рання інтеграція), педагогічна та психологічна корекція для дітей, які не відвідують загальноосвітніх чи допоміжних закладів дошкільного виховання;

– навчальні програми: інтегроване або, за необхідністю, спеціалізоване шкільне навчання; забезпечення доступу до закладів позашкільної освіти (спеціально організовані творчі заняття при наявних закладах позашкільної освіти);

– програми планування переходу підлітка до майбутнього включення в соціальне довкілля, що мають на меті підготовку до максимально самостійного дорослого життя, зокрема післяшкільну (передпрофесійну) освіту для випускників шкіл;

– програми із зайнятості та працевлаштування: схема працевлаштування за трьома базовими моделями — індивідуальне працевлаштування на звичайних підприємствах за підтримки служби спеціального працевлаштування, працевлаштування групи інвалідів на звичайних підприємствах (або груповий підряд), створення спеціальних підприємств із допоміжним штатом;

– програми забезпечення житлом незалежно від родини під наглядом соціального працівника (гуртожитки при підприємствах, окремі квартири під належним наглядом, комуни тощо);

– програми з догляду за дорослими, які не можуть працювати, створення закладів денного перебування – денні (трудові) центри;

– програми з оздоровлення та організації тематичних літніх таборів;

– програми із захисту прав розумово відсталої дитини із негараздної родини: схема групової та індивідуальної роботи із такими родинами, які виховують розумово відсталу дитину; організації захисту прав та представництва законних інтересів розумово відсталих осіб.

2.2. Соціальний супровід як технологія індивідуальної соціальної роботи з людьми з розладами психіки.

Соціальний супровід є різновидом надання соціальних послуг. Визначення цієї форми соціальної роботи в українській практиці бере початок з 1998 р.

В основу методики соціального супроводу закладено модель «ведення випадку», що широко використовується у практиці соціальної роботи різних країн (care management – у Великій Британії, case management – у США). В Україні дана соціально-педагогічна модель набула широкого впровадження у роботі з різними категоріями клієнтів.

Враховуючи, що технологія соціального супроводу базується на класичній моделі соціальної роботи з клієнтам, її реалізація передбачає здійснення послідовних етапів: діагностика проблеми, планування та надання соціальної допомоги, оцінка отриманих результатів. Загалом соціальний супровід умовно можна поділити на кілька етапів, які визначаються послідовності дій, виконання яких є запорукою ефективності соціальної роботи.

- Підготовчий етап.
- Етап здійснення соціального супроводу.
- Завершення соціального супроводу.

Враховуючи, що соціальний супровід як частина технології соціальної роботи, має типові підходи до реалізації кожного із етапів у роботі з окремою особою, доцільно розглянути типовий алгоритм реалізації соціального супроводу, незалежно від об'єкту соціальної підтримки.

Підготовчий етап – оцінювання потреб клієнта

У різних літературних джерелах початковий етап соціального супроводу називається також етапом *вивчення ситуації, встановлення контакту і знайомства, діагностики, планування* тощо, хоча усі ці процеси є, насправді, окремими складовими першого етапу [30, 35, 110, 111].

Основними завданнями підготовчого етапу є:

- налагодження довірливих, партнерських стосунків з клієнтам КМПНЛ, членами родини;
- вивчення соціальної ситуації клієнта і їх оточення;
- діагностування психосоціальних характеристик клієнта і їхнього соціального середовища;
- формулювання проблеми, визначення пріоритетних потреб, цілей і завдань на основі аналізу зібраної інформації;
- визначення методів і засобів соціальної допомоги;
- визначення оціночних критеріїв, що будуть використані під час поточної та заключної оцінки;
- розробка плану дій;
- узгодження і документування напрямів і принципів взаємодії соціального працівника і клієнта - оформлення домовленості, угоди тощо.

Початок роботи з клієнтам КМПНЛ вимагає від спеціаліста неупередженого ставлення до клієнта КМПНЛ, незважаючи на умови проживання та спілкування, життєві обставини, що склалися.

Практика свідчить, що найважливішими складовими першого етапу є знайомство соціального працівника з клієнтами КМПНЛ, з їхнім соціальним оточенням, *установлення контакту*. Певною особливістю даної складової технології роботи з клієнтом (знайомства, первинних контактів) є нагальна потреба в установленні довірливих взаємин, що гарантує успішне залучення клієнта, членів родини до співробітництва.

На жаль, у методичних розробках, що описують технологію соціального супроводу, часто не звертається увага на необхідність і значення формування довірливих стосунків з клієнтами. Не враховується необхідність проведення такої роботи і в нормативних документах. В той же час запорукою побудови роботи з клієнтам КМПНЛ на принципах партнерства і взаємодії є налагодження стосунків, навіть певна демонстрація зацікавленості спеціаліста у вирішенні клієнтам КМПНЛ або сім'єю складних життєвих обставин.

Існує й інша особливість, яка полягає в тому, що, хоча найчастіше знайомство з клієнтам КМППНЛ відбувається під час звертання останнього за допомогою, проте специфіка деякої категорії клієнтів зумовлює прояв ініціативи знайомства з боку соціального працівника. У таких випадках процедура знайомства потребує від соціального працівника неабиякої організаційної майстерності, щоб влаштувати сприятливі обставини, не відвернути клієнтів від співпраці, не викликати опозицію або навіть ворожнечу з перших хвилин контакту.

Специфічні труднощі в організації знайомства відчувають соціальні працівники, коли серед членів таких сімей є особи не налаштовані на співпрацю. Починаючи з організації знайомства з потенційним клієнтам КМППНЛ, так само як і в усій подальшій роботі, доцільно враховувати специфічні особливості випадку, характерні ознаки соціальної ситуації, що склалася.

Ще однією особливістю є те, що уже під час перших контактів обговорюється перспектива співробітництва, відбувається орієнтація клієнта на позитивне майбутнє і починається формування мотивації щодо цього, окреслюються хоча б в узагальненому вигляді можливі цілі роботи, роз'яснюються її можливі шляхи й механізми, клієнт або члени його родини активно залучаються до процесу прийняття рішень.

Зустрічі і бесіди з клієнтами або членами сім'ї здійснюються з метою виявлення їх проблем, вироблення стратегії діяльності, спрямованої на покращення якості життя. Структура бесіди залежить від умов, в яких вона проводиться, від ситуації.

Зазвичай *бесіда* має три фази:

- 1) знайомство і налагодження взаєморозуміння;
- 2) спільне обговорення і аналіз проблем, обговорення очікуваних результатів;
- 3) визначення мети та засобів соціальної підтримки і отримання згоди, що закріплюється підписанням домовленості щодо подальшої роботи.

Дослідники А.Кочубей і Н.Умарова завданням першого візиту визначають зняття почуття страху і напруження [46, с. 53]. Запропонований сценарій першої бесіди передбачає такі позиції:

- 1) назвати себе, при цьому буди доброзичливим, спокійним, впевненим у собі;
- 2) проведення "соціальної бесіди": проговорити причини візиту. Якщо сам спеціаліст або сім'я не готові до конструктивної бесіди, не потрібно прискорювати події, краще на цьому етапі домовитися про час наступного візиту і розпрощатися;
- 3) змістовна частина: спеціаліст має пояснити, що конкретно сім'я чи хтось із її членів отримає при взаємодії; визначити, яку допомогу сім'я потребує (відмова від співробітництва на цьому етапі не є однозначною); перевірити чи зрозуміли клієнт чи члени родини висловлені пропозиції і як до цього ставиться;
- з'ясувати як члени родини бачать подальше співробітництво; оцінити якість спілкування з родиною;
- 4) спеціаліст має вислухати відповіді членів родини і використовувати їх як основу при подальшому плануванні співробітництва.

Побудова таким чином діалогу демонструє, що спеціаліст налаштований доброзичливо і готовий до співробітництва.

При організації першого знайомства та подальшого спілкування з членами сім'ї або з клієнтам КМПНЛ потрібно враховувати ряд *вимог*.

- • *Одяг спеціаліста.* При налагодженні контакту спеціаліст має враховувати як він буде сприйнятий клієнтом КМПНЛ, що є запорукою позитивного сприйняття та налагодження взаєморозуміння. Варто відмовитися від яскравого, дорогого одягу та біжутерії: зовнішній вигляд спеціаліста не повинен ні відволікати від бесіди, ні викликати почуття заздрощів або упередженого ставлення з боку клієнта.
- • *Мова спілкування.* Мовлення має бути зрозумілим та доступним для клієнта. Доцільно уникати професійного сленгу, незрозумілої клієнту

термінології. У випадку, коли є потреба у вживанні певних професійних термінів на кшталт "соціальний супровід", "оцінка потреб", спеціаліст має бути готовий пояснити співрозмовнику значення термінів у зрозумілій формі.

- *Час проведення першої зустрічі.* Під час першої розмови з спеціаліст має передбачити, що співрозмовник може потребувати часу на сприйняття і осмислення отриманої інформації. Термін першої бесіди регламентується рівнем розуміння і сприйняття клієнтом ситуації і запропонованих спеціалістом пропозицій, а принципи і відповідальні моменти слід розглядати під час наступних зустрічей.

- *Неупереджене ставлення.* Клієнти та члени родини, які перебувають під соціальним супроводом, мають багато проблем, стиль їхнього життя не завжди може бути сприйнятливим і схваленим соціальним працівником. Проте, враховуючи потребу у соціальній підтримці, спеціаліст має формувати неупереджене ставлення до умов життя і поведінки таких клієнтів. Необхідно орієнтуватися у бесіді на пошук сильних сторін і ресурсів клієнта.

- *Відсутність нав'язування ярликів.* Отримуючи інформацію про потенційного клієнта від окремих осіб чи представників інших структур, спеціаліст часто може змодельовати негативний образ, що формує упереджене ставлення, певні стереотипи. Доцільно формувати власне враження про клієнта після зустрічі з ним, намагаючись зрозуміти причини, які привели до потреби активного втручання спеціаліста у налагодження життя клієнтів і сімей.

- *Зацікавленість.* Соціальний працівник часто є першим представником влади, який не робить зауваження клієнтові або сім'ї, не дає негативних оцінок стану їхніх справ, а пропонує допомогу у розв'язанні нагальних проблем. Демонстрація особистої зацікавленості у виявленні та усуненні негараздів, яких клієнт самостійно не може розв'язати, з боку соціального працівника, впевненість у можливість позитивних змін є

вирішальним моментом налагодження плідної взаємодії між спеціалістом і клієнтом, своєрідним ресурсом ефективної соціальної підтримки.

Планування соціального супроводу в першу чергу передбачає вивчення становища клієнта - первинне (базове) оцінювання. У різних літературних джерелах цей етап також може називатися етапом *базової оцінки*, яка є окремою складовою першого етапу [108, 110]. Оцінювання є збором інформації про ту соціальну ситуацію, яка сталася з клієнтам на початку роботи з соціальним працівником, історію появи проблеми, причини й фактори, що передували їй і через деякий час обумовили її виникнення або сприяли цьому.

Оцінювання розглядається як фундаментальна технологія, орієнтована на визначення потреб клієнтів, системний моніторинг процесу надання послуг (допомоги, підтримки тощо) і досягнутих результатів, аналіз фінансових витрат і прогнозування економічного ефекту, а також певний процес визначення базових даних, необхідних для подальшого планування результативної діяльності щодо подолання складних життєвих обставин [35, с. 107].

Можна використовувати наступну класифікацію категорій потреб, згідно з якою виділяють п'ять сфер життя сім'ї:

- 1) умови проживання;
- 2) сімейні та соціальні стосунки;
- 3) соціальна/асоціальна поведінка;
- 4) фізичне та психічне здоров'я;
- 5) освіта і зайнятість [30, с. 49].

Первинне/базове оцінювання можна розглядати як міні дослідження метою якого є визначення загальних характеристик кризи клієнта.

Завданнями оцінки ситуації конкретного клієнта є:

- • вивчення історії виникнення проблеми (кризи);
- • вивчення причин і факторів, що передували їй і зумовили її виникнення в теперішній час або сприяли цьому;
- • коло людей (офіційних осіб, родичів та особистих знайомих), які впливають на гостроту кризи;

- потенціал кожної особи в ослабленні чи вирішенні кризи.

Очікувані результати оцінки ситуації конкретного клієнта: досконале вивчення причин виникнення кризи; розробка змісту допомоги, яка призведе до подолання чи ослаблення кризи.

Вивчення (оцінювання) ситуації дає можливість у найбільш загальному вигляді визначити соціальну проблему клієнта КМПНЛ, установити ймовірні потреби та їхню пріоритетність, зрозуміти наявний медико-соціальний та інтелектуально-психологічний статус клієнта, членів родини, соціального оточення, з якими будуватиметься подальша соціальна робота. Для цього, зазвичай, застосовують методики психосоціальної та соціальної діагностики.

Хоча арсенал методів, якими користуються соціальні працівники для установлення психосоціального діагнозу достатньо різноманітний, в основу цього компонента покладено, перш за все, принцип експертної оцінки. Сутність його, в спрощеному вигляді, полягає в тому, що соціальний працівник самостійно, а також за допомогою експертів-фахівців (коли це потрібно) аналізують особистість клієнта, його міжособистісні зв'язки з найближчим оточенням, сім'єю клієнта, її взаємодію із представниками соціуму, особливості і чинники, що визначають характер цієї взаємодії.

Для того, щоб отримати об'єктивні дані, слід ознайомитися з думкою усіх сторін, причетних до ситуації, і, крім того, прагнути знайти людей, які не зацікавлені у ситуації особисто, тобто можуть висловити думки як незалежні експерти.

Результатом первинного оцінювання має бути:

- чітке усвідомлення соціальним працівником ситуації, яка склалася з клієнтом КМПНЛ, виявлення її особливостей, причин, найбільш впливових факторів, які потрібно усунути або змінити, визначення цілей і завдань допомоги, методів і засобів, які доцільно застосувати стосовно самого клієнта, членів родини, найближчого та більш широкого соціального оточення для досягнення очікуваних результатів;

- розроблений договір та план роботи, визнаний усіма учасниками наступної реалізації планів.

Наявність вищезазначених показників є передумовою переходу до етапу реалізації соціального супроводу.

Слід зауважити, що пріоритетні потреби клієнта (фактично - цілі соціальної допомоги), які визначає соціальний працівник, можуть розходитися з очікуваннями клієнта, оскільки він сам визначає для себе пріоритетні потреби, заради задоволення яких він звертається за допомогою.

Отже, слід пам'ятати, що клієнт далеко не завжди здатний адекватно оцінити свої головні потреби щодо соціальної допомоги. Найчастіше він налаштований на негайне отримання разової допомоги, причому у матеріалізованому вигляді (путівки на оздоровлення, гуманітарна допомога речами, квитки на святкові заходи тощо).

Завдання соціального працівника на першому етапі - діагностувати реальне джерело проблем клієнта і визначити перспективні шляхи їх вирішення. Хоча це не заперечує можливості застосовувати непринципові засоби матеріалізованої підтримки, створюючи у клієнта відчуття "малих перемог" (наприклад, почати з надання речової гуманітарної допомоги, потім направити дитину на оздоровлення). Але при цьому він має на меті поступове заохочення клієнта до кардинального вирішення саме пріоритетних проблем (наприклад, одночасно вести психолого-педагогічну роботу щодо потреби навчання новій професії).

На підставі проведеного діагностування соціальний працівник спільно з клієнтом або членами його родини виявляє реальні причини появи проблем клієнта і окреслює перспективні шляхи їх вирішення. Формулювати конкретні цілі такої діяльності треба починати з малого, що потім може бути змінено реально в обмежений проміжок часу.

Планування соціальної роботи передбачає використання загальних методик планування соціальних проектів і процесів. На жаль, дуже часто "план роботи" ("план соціального супроводу") визначається як письмовий документ, що регламентує порядок виконання роботи та відповідальність сторін. В той же час *процес планування*, що передує створенню такого документа, не береться до уваги.

Планування є процес, під час якого ретельно добираються дії і засоби, спрямовані на досягнення певної мети, розв'язання тієї чи іншої проблеми. Планування має передувати не лише безпосередньому наданню соціальної допомоги, але й оформленню документації, яка її регламентує [79, с. 121].

Ефективне планування передбачає виконання *послідовності певних дій*:

- 1) визначити проблему, яку необхідно вирішити, або потребу, яку необхідно задовольнити (виявлення проблеми);
- 2) зібрати і проаналізувати усю наявну інформацію з метою зрозуміти характер і причини проблеми або потреби та сформулювати ресурси і сильні сторони сім'ї, які можна використовувати для вирішення проблеми (оцінка);
- 3) з'ясувати прагнення і визначити конкретні бажані результати, на досягнення яких будуть спрямовані зусилля (формулювання мети і завдань);
- 4) розглянути можливі дії, реалізація яких може призвести до бажаних результатів, порівняти різні підходи і вибрати найбільш ефективні;
- 5) вирішити, хто і коли буде реалізовувати кожну дію;
- 6) оцінити чи привела реалізація запланованих дій до бажаних результатів (оцінка ефективності).

Визначивши проблеми і ресурси клієнта, соціальний працівник має сформулювати *мету* реалізації соціальної роботи і відповідні *завдання*, які клієнт має досягти у ході соціального супроводу, та *дії*, які допоможуть досягти поставлених цілей.

Планування соціального супроводу клієнта є вкрай необхідним етапом соціальної роботи. Можна запропонувати загальну модель планування соціального супроводу як соціального проекту, що розробляється за конкретним життєвим випадком.

Мета соціального супроводу/супроводження відображає бажаний результат, ідеальний варіант розв'язання життєвої проблеми клієнта, досягнення якого забезпечується відповідними діями. Вибір мети впливає на вибір завдань, видів

діяльності і послуг, які мають бути внесені до плану роботи. Мета соціального супроводу, як правило, пролонгована/тривала (наприклад, опанування певних навичок, покращення конфліктної ситуації у сім'ї, представництво інтересів тощо).

У процесі соціального супроводу, відповідно до життєвих обставин, мета може змінюватися або корегуватися, згідно з потребами або проблемами. Відповідно при зміні мети, має здійснюватися корекція завдань та видів діяльності.

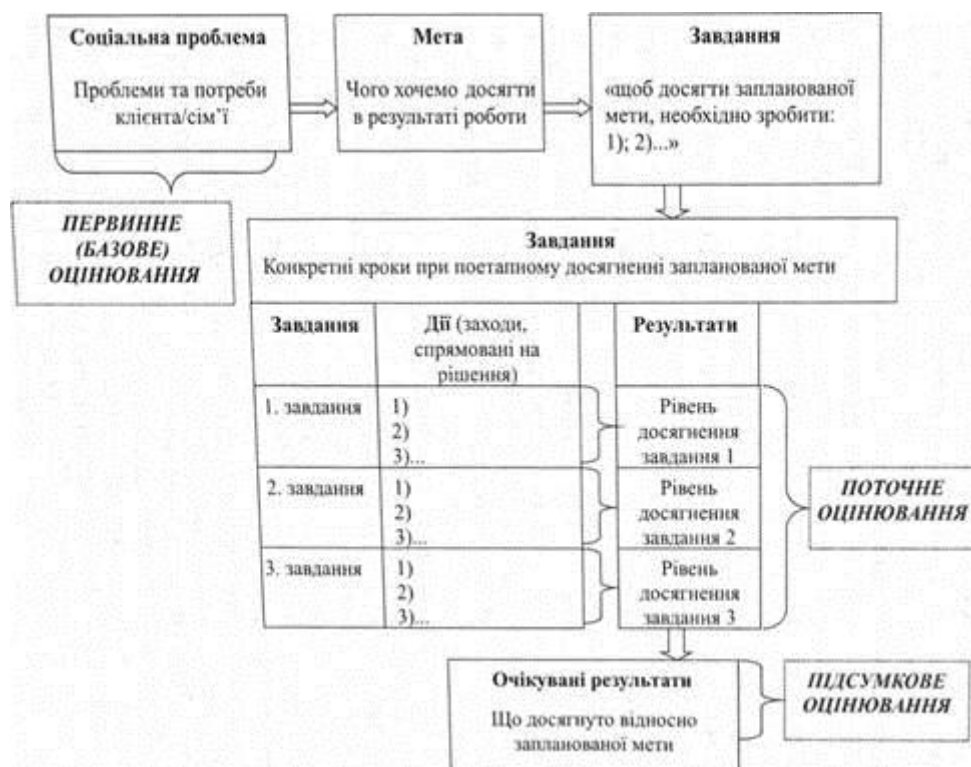


Рис. 2. 1. Алгоритм планування соціального супроводу

Завдання - це також твердження, які фіксують бажаний результат або стан. Проте, на противагу меті, вони описують конкретні завдання (напрями), спрямовані на досягнення бажаної мети. Реалізація кожного із завдань має наближати учасників процесу до досягнення сформульованої мети. При цьому сформульовані завдання мають стосуватися безпосередньо зміни поведінки (відображувати бажані зміни в поведінці); піддаватися кількісній оцінці і бути узгодженими; бути орієнтованими на досягнення конкретного результату бути обмеженими у часі.

Завдання мають фіксувати бажані результати, що забезпечують вирішення однієї або кількох проблем чи задоволення однієї або кількох потреб, які були виявлені під час оцінювання. Таким чином, вирішення завдань має сприяти

вирішенню конкретних проблем і задоволенню потреб клієнта. Щоб досягти реальних змін, завдання мають базуватися на оцінці потреб клієнта чи сім'ї.

Формулювати завдання соціального супроводу необхідно таким чином, щоб їх виконання і реалізацію можна було простежити і виміряти. Це дозволяє в ході поточного або підсумкового/заключного оцінювання мати змогу визначити, чи досягнуто бажаного результату чи ні. При формулюванні завдань необхідно враховувати ті показники (критерії), які демонструють їх досягнення і за якими одночасно спеціаліст і клієнт зможуть визначити ефективність виконаної роботи.

Важливо у формулюванні мети і завдань відійти від невизначених фраз і використовувати фрази, які описують поведінку.

Завдання мають бути обмеженими у часі: для виконання кожного із них має бути встановлений реальний термін, що також може виступати кількісним показником (критерієм) в оцінюванні.

Соціальний працівник спільно з клієнтом має окреслювати і погоджувати мету та завдання соціальної допомоги: конкретні способи досягнення мети. Чим активніша участь клієнта і членів родини в розробці проекту і плануванні, тим більша вірогідність того, що вони будуть брати участь у реалізації завдань.

Визначення конкретної мети і завдань уже в принципі задає напрямок процесу допомоги, сприяє вибору відповідних стратегій та методів роботи, дозволяє здійснювати перегляд планів та видів роботи, здійснювати підсумкове оцінювання.

Можна зазначити, що мета і завдання мають відповідати таким вимогам:

- відповідати потребам, збігатися з бажаннями клієнта;
- бути зрозумілими і конкретними, реальними і вимірюваними (коли можна переконатися, що мету досягнуто);
- орієнтованими на сучасний стан справ;
- бути позитивними і спрямованими на розвиток;
- скеровані клієнтом, мовою клієнта;
- відповідати можливостям соціального працівника і клієнта, його ціннісним установкам.

Дії/заходи це конкретні кроки, які мають бути впроваджені з метою вирішення кожного конкретного завдання соціального супроводу. Планування дій/заходів має передбачати:

- – поетапну реалізацію кожного конкретного завдання;
- – містити відповіді на питання: що треба зробити, в якому порядку, хто, коли і де має це зробити;
- – плануватися спільно з клієнтам КМППЛ /членами родини;
- – передбачати реальний термін реалізації.

Останній етап планування - визначення поетапного опису дій, які мають бути реалізовані в процесі вирішення поставлених завдань. Такий опис по суті і представлений *планом соціального супроводу*, що має вміщувати такі позиції:

- 1) які дії/заходи і в якому порядку мають здійснюватися для вирішення кожного завдання;
- 2) яким чином клієнт або члени родини будуть брати участь при реалізації дії/заходу або нести відповідальність за її реалізацію;
- 3) які дії мають бути здійснені соціальним працівником або іншими організаціями;
- 4) термін виконання;
- 5) місце виконання кожної дії.

Ще стисліше алгоритм планування діяльності можна сформулювати таким чином: *Що? Хто? Де? Коли? Як?* Відповіді на ці запитання і є складовими окремих пунктів реалізації плану соціального супроводу (рис. 2.1).

Складні дії/заходи, які реалізуються у кілька етапів, мають бути розділені і прописані у плані окремими пунктами. Наприклад, якщо одне із завдань сформульовано таким чином: "клієнт має працевлаштуватися", то вирішення його потребує виконання ряду дій: пошук об'яв, відвідування біржі праці, зустрічі з роботодавцями тощо. Якщо дані дії будуть детально прописані у плані, це дозволить чітко визначити відповідні форми діяльності і підвищить вірогідність виконання їх клієнтом .

Планування соціального супроводу має здійснюватися соціальним працівником спільно з клієнтом, членами сім'ї, іноді зі спеціалістами організацій, які надають соціальні послуги. Можливі такі ситуації, коли провести спільне планування неможливо, проте до цього необхідно прагнути. Дотримання вимог щодо спільного планування забезпечує адекватність, координованість і взаємозв'язок реалізації запланованої діяльності.

Результатом спільного планування діяльності є оформлення плану соціального супроводу, що описує скоординовані дії і містить відповідальність сторін за виконання окремих положень. План роботи є документом, який регламентує спільну діяльність соціального працівника і клієнта/ членів родини щодо досягнення спільної мети.

У процесі планування соціальний працівник має дати відповідь на такі питання:

1. В чому проблема клієнта?

Формулювання мети.

2. Як має змінитися поведінка?

Формулювання завдань щоб вирішити проблему.

3. Що для цього має зробити клієнт?

Формулювання дії клієнта.

4. Як соціальний працівник має сприяти досягненню бажаних змін?

Формулювання соціальним працівником плану роботи.

5. Як буде оцінена ефективність роботи?

Керування процесом змін.

6. Коли буде здійснена оцінка?

Визначення термінів.

При розв'язанні певних проблем або забезпеченні потреб клієнта чи сім'ї постає питання щодо порядку їхньої реалізації: виконання яких питань потрібно планувати в першу чергу, а які можна відкласти на більш віддалений термін. Оскільки досягти усіх бажаних і необхідних змін одночасно неможливо, соціальний працівник має допомогти клієнту вирішити, які завдання необхідно вирішувати у

першу чергу, щоб задовольнити найбільш важливі і невідкладні потреби або усунути найбільш серйозні проблеми. Формулювання першочергових завдань соціальної роботи, їхня пріоритетність може здійснюватися через здійснення оцінки потреб/проблем за системою критеріїв - *важливо-терміново* [79, с. 133].

Рівень важливості завдання/виду діяльності залежить від того, наскільки його реалізація допоможе досягти поставленої мети. Якщо завдання/дія є обов'язковою, без її виконання мета не зможе бути досягнутою, тоді рівень її важливості визначається як "високий". Якщо завдання може бути частково вирішене без будь-якої дії, рівень її важливості визначається як "середній". Для визначення рівня важливості потрібно поставити запитання: "Що саме погане може здійснитися, якщо це не буде зроблено?". Відповідь "нічого поганого", визначає низький рівень важливості.

Терміновість визначає необхідність вирішення завдання або реалізації дії в певний термін. Теоретично можна сказати: чим менше часу відведено на певні рішення і дії, тим вищий рівень їхньої терміновості.

У процесі визначення пріоритетів потрібно дотримуватися ряду вимог:

- дії з високим рівнем важливості і терміновості мають найвищий рівень пріоритетності і тому потребують виконання у першу чергу;
- дії з середнім рівнем важливості і високим рівнем терміновості або з високим рівнем важливості і середнім рівнем терміновості мають другу позицію пріоритетності;
- дії з високим або середнім рівнем важливості і низьким рівнем терміновості можуть відкладатися на більш віддалений термін;
- дії з низьким рівнем важливості (незалежно від рівня терміновості) не мають здійснюватися взагалі.

Для наочності перелік необхідних потреб і проблем клієнта має бути умовно "розкладений" на квадрати відповідно до важливості їхнього впливу на життя клієнта і терміну виконання. Пріоритетність завдань соціального супроводу визначається за принципом "дуже важливо" і "дуже терміново" (рис. 3.10.2). У

першу чергу робота проводиться з метою вирішення ситуацій, що становлять загрозу насилля, втрати здоров'я або життя клієнта.

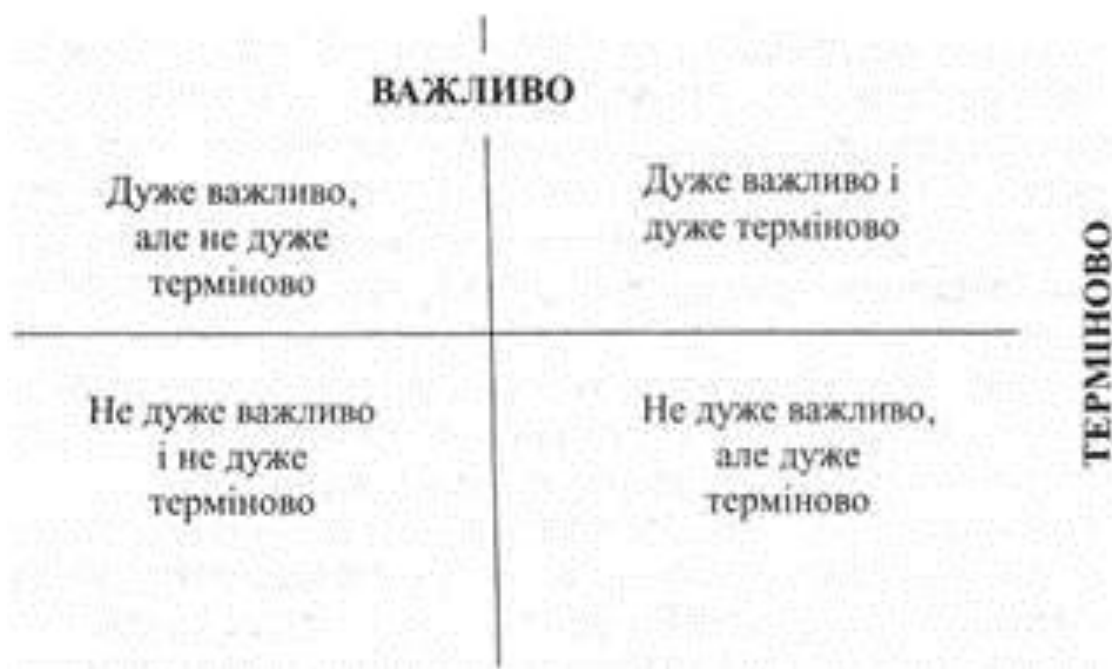


Рис. 2.1. Оцінка пріоритетності завдань та дій/заходів

При цьому соціальний працівник має спрогнозувати, які самі погані наслідки можуть бути, якщо терміново не будуть вжиті конкретні заходи.

Крім розробки індивідуального плану соціального супроводу клієнта необхідно також обговорити і запротоколювати інші документи, наприклад, *договори, угоди, контракти* тощо. Угода/договір укладається у письмовій формі між клієнтом і соціальним працівником як представником установи, чиї послуги будуть надані клієнту. Угода/договір засвідчує домовленість, взаємну згоду.

Угода/договір визначає не тільки мету і завдання допомоги, а й ролі соціального працівника і клієнта (хто, що, яким чином робитиме), їхні права й обов'язки, наслідки невиконання обов'язків, часові межі (тривалість дії угоди, дати зустрічей і перегляду поточного оцінювання), методи поточного і підсумкового оцінювання (які ознаки будуть свідченням прогресу, які підтвердження будуть братися до уваги). Зазвичай, фіксуються результати аналізу потреб клієнта, пріоритетні напрямки роботи, методи, форми й засоби, що застосовуватимуться за

згодою клієнта, рішення щодо надання соціальної допомоги, дії інших організацій, які залучаються соціальним працівником до надання допомоги.

Слід зауважити, що можуть виникати ситуації, коли складання угоди/договору відбувається ще до того, як буде розроблено план допомоги (наприклад, якщо клієнта потрібно вилучити з небезпечного оточення, влаштувати до спеціалізованого центру для дітей, жінок тощо). У цьому разі оформляється угода щодо правил поведінки у закладі та терміну перебування, готовності клієнта до соціальної допомоги. План індивідуальної допомоги розробляється після цього і так само узгоджується з клієнтом.

Угода/договір є необхідною умовою ефективного соціального супроводу, оскільки мотивує як клієнтів, так і соціальних працівників до співпраці, захищаючи водночас їх права. На етапі підписання угоди/договору важливо пересвідчитися, що клієнт чи члени його родини насправді розуміють важливість укладання угоди/договору, свою відповідальність за її виконання, а також у тому, що і клієнт, члени його родини, опікуни чи представники і соціальний працівник однаково розуміють мету та завдання спільної роботи та власні зобов'язання [30].

Однією із методичних особливостей планування і документування роботи є те, що соціальний працівник спільно з клієнтом чи його представниками ретельно вивчають і *спільно обговорюють* можливі варіанти вирішення проблем, обирають необхідні методи, виробляють взаємоузгоджені документи (плани, форми обліку, графіки роботи, угоди тощо), якими чітко визначають мету, завдання роботи, терміни виконання тих чи інших заходів, відповідальність сторін, прогнозують досягнення.

Підсумковий етап надання соціального супроводу клієнтам має назву етапу *оцінювання і припинення, стабілізації, згорання* тощо.

Підсумковий етап включає:

- оцінку змін, які відбулися у процесі надання соціальних послуг і після того, як вони були отримані клієнтом;
- вивчення нових потреб, які з'явилися у клієнта в результаті змін, що сталися і вимагають задоволення;

- розробку, якщо це потрібно, нового, додаткового плану соціальної допомоги або припинення роботи з клієнтом, якщо ситуація це уможлиблює;
- підготовку клієнта до згорання соціальної допомоги (соціального супроводу) як складову припинення роботи;
- додаткове кураторство клієнта і оточення, якщо це потрібно для профілактики небажаних наслідків і закріплення позитивних змін.

Методичними особливостями цього етапу є те, що клієнт має бути підготовленим до припинення активного втручання і воно повинно відбуватися поступово за рахунок *скорочення обсягів допомоги*. Таке скорочення відбувається тоді, коли соціальний працівник за результатами підсумкової оцінки має підстави судити, що позитивні зміни набули ознак достатньої стабільності. При цьому у порядку додаткового кураторства за клієнтом зберігається можливість звертатися до працівника після припинення активного втручання. Крім того, задля підтримання сталості змін клієнта і членів оточення ще певний час доцільно залучати до групових заходів, організованих соціальними службами або таких, що ними опікуються (дозвіллеві заходи, групи взаємодопомоги, групові свята тощо).

Оцінка змін, які відбулися у процесі надання соціальних послуг і після того, як вони були отримані клієнтом визначається шляхом проведення підсумкового оцінювання. *Підсумкове (заключне) оцінювання* здійснюється шляхом порівняння стану до надання соціальних послуг і після їх реалізації, відповідно до критеріїв, передбачених на етапі планування соціального супроводу.

Проведення підсумкового оцінювання, як і попередніх, доцільно проводити спільно з клієнтом чи його представниками, що дозволить продемонструвати позитивні зміни, що відбулися у процесі соціального супроводу і є причиною для завершення надання комплексної соціальної допомоги .

Реалізація запропонованої технології передбачає, що на кожному етапі, у кожній фазі роботи плани, заходи, засоби, цілі, завдання, методи й результати оцінки мають бути предметом регулярних обговорень у середовищі фахівців з метою обміну інформацією, пошуку найбільш ефективних рішень, безперервної

супервізії конкретних випадків. Практика доводить, що найбільш результативна робота притаманна мультидисциплінарним командам, що спромоглися зібрати навколо конкретного випадку фахівців різного профілю - організаторів, соціальних педагогів, психологів, медиків, юристів тощо.

2.3 Модель організації соціального супроводу клієнтам КМПНЛ №3 (Київської міської психоневрологічної лікарні №3)

Для розуміння сутності технології реалізації соціального супроводу людей з розладами психіки пропонуємо розглянути концептуальні основи соціально-педагогічної моделі «ведення випадку».

Соціальний супровід - особливий вид діяльності соціальних служб і особливий тип діяльних взаємин з фахівцями соціальної сфери.

Соціальний супровід - це комплекс заходів, спрямованих на підтримання процесів активної життєдіяльності і розвитку природних здібностей клієнта, а також створення умов для попередження розвитку негативних наслідків і різних соціальних проблем, мобілізація людини на активізацію прихованих резервів, навчання новим професіям, здатності самостійно справлятися з проблемами.

Соціальний супровід включає в себе елементи навчання і розвитку здібностей клієнта до подальшого підвищення свого соціального статусу, вмінню самостійно володіти підходами, соціальними технологіями і практиками, які пропонуються фахівцями соціальної сфери.

При соціальному супроводі вирішуються наступні завдання:

- Адаптації клієнта до реальних умов його життєдіяльності.
- Реабілітація та виведення клієнта з кризових ситуацій.
- Підвищення соціального статусу клієнта.
- Нормалізація відносин і утвердження себе в соціумі.
- Відновлення здоров'я, позбавлення від шкідливих звичок.
- Створення умов для самореалізації клієнта в сім'ї та суспільстві.

Соціальний супровід здійснюється фахівцями соціальної сфери, психологами, соціальними працівниками та медичними працівниками на основі новітніх технологій з використанням методів індивідуальної та групової роботи.

Служба соціального супроводу - це система, яка ставить за мету створення рівних можливостей як для людей, що мають інвалідність, так і для інших категорій населення (літні люди, багатодітні батьки, самотні матері, сім'ї, особи з функціональними обмеженнями, особи які виховують дитину-інваліда та ін.).

При патронажі або надомному обслуговуванні осіб, які мають право на участь соціального працівника, допомога здійснюється все ж у замкнутому колі життєдіяльності - клієнт певною мірою залежить від допомоги.

І зовсім за іншим принципом будується діяльність соціального супроводжувача: він допомагає, сприяє інваліду або іншій особі, яка потребує сторонньої участі, стати конкурентоспроможним в секторі своєї діяльності, приносити користь оточуючим людям і державі, брати участь в житті суспільства, соціалізуватися.

Людина, що має фізичну чи ментальну інвалідність, не повинна залежати від соціального супроводжувача - навпаки, фахівець готовий сприяти інваліду (або особі, яка потребує допомоги) стати вільним в своєму виборі і від життєвих обставин, взяти в свої руки управління своїми життєвими ситуаціями. В процесі зовнішнього соціального супроводження осіб з обмеженнями набуває можливість самому вирішувати, що, коли і як робити. Він отримує можливість планувати і послідовно здійснювати свої життєві і творчі плани.

Здійснювати соціальний супровід може людина будь-якої професії, що має високий рівень свідомості і достатній рівень соціальних знань.

Соціальний супроводжувач сприяє інваліду у задоволенні основних потреб як у його будинку (таких як виконання процедур особистої гігієни, одягання і роздягання, прийняття їжі, спілкування), так і поза домом, у тому числі допомагаючи робити покупки, супроводжуючи в соціальні та медичні установи, на роботу, на важливі зустрічі і заходи.

Соціальний супровід - це якісно нова послуга, яка дозволить особам, які мають інвалідність, та іншим категоріям осіб, які потребують сторонньої допомоги, відкрити доступ до освіти, участі в трудовій, культурній, спортивній, суспільно-політичній діяльності.

Соціальний супроводжувач може користуватися різними методами, щоб допомогти клієнту відновити незалежний спосіб життя. Тут можуть бути використані технології та медичної реабілітації та соціальної адаптації та

відновлення діяльності за рахунок використання допоміжних пристосувань, наприклад, з допомогою оккупаціональної терапії.

Таким чином, фахівець, який здійснює соціальне супроводження, виходить з уявлення про те, що стан здоров'я людини визначається рядом факторів, які лежать за межами понять про хворобу або патологічному стані. Процес навчання компенсаторним прийомом складається з декількох послідовних етапів:

- Оцінка можливостей. Соціальний супроводжуючий повинен визначити вимоги клієнта до спільної діяльності або активізації діяльності, беручи до уваги фактори, які можуть заважати і допомагати в цьому процесі, враховуючи також вплив навколишнього клієнта обстановки.
- Складання плану дій, в який входять: постановка цілей (очікуваний результат); етапи проведення занять (інструктаж); використання спеціальних прийомів навчання, способів і методів, що полегшують навчання, спільну діяльність; характерні особливості умов взаємодії; способи заохочення і нагородження; заходи, що забезпечують закріплення отриманих даних.
- Проведення занять (інструктаж). Заняття проводяться з одним або групою клієнтів у відповідності з планом та з внесенням до нього в міру необхідності доповнень і змін. Навчання компенсаторним прийомом передбачає виконання практичних завдань, які повинні сприяти закріпленню засвоєного матеріалу.
- Заключний етап. Необхідно переконатися, що отримані знання та набуті навички клієнт успішно використовує в повсякденному житті.
- Стадії навчання. Визначення ступеня оволодіння клієнтом в процесі навчання компенсаторними навичками дуже важливо. Регулярна оцінка рівня підготовленості клієнта буде визначати тактику для полегшення навчання.
- Готовність до навчання. Цей етап передує проведенню занять (інструктажу). Клієнт, готовий до сприйняття нової інформації та освоєння нових навичок, усвідомлює необхідність отримання нових знань чи практичних умінь і зацікавлений у підвищенні рівня своєї підготовки. Клієнт, який не досяг такого рівня, отримує мало користі в процесі навчання, оскільки він не усвідомлює

необхідності придбання нових знань і умінь, не готовий до навчання або використання цих знань у повсякденному житті.

- Оволодіння знаннями та вміннями. На цьому етапі, використовуючи інструктаж, клієнт опановує знанням або умінням. Він повинен продемонструвати володіння матеріалом, засвоєним за період навчання. Наприклад, клієнт з порушенням рухів показує своє вміння переміщатися з інвалідного крісла на сидінні автомобіля. Або ж клієнт з проблемою соціальної адаптації під час занять показує своє вміння спілкуватися при здійсненні покупок. Досвід, набутий на цьому етапі, показує, що супроводжує і клієнт повинні будуть адаптувати і змінювати проведення занять з урахуванням потреб і можливостей клієнта.

- Закріплення отриманих знань і навичок. На цьому етапі клієнт практично використовує знання та навички, набуті під час занять, у повсякденному житті. Клієнт, який освоїв способи переміщення, використовує це вміння в різних реальних ситуаціях повсякденного життя байдужості соціального помічника. Клієнт з проблемами соціальної адаптації буде використовувати своє вміння при здійсненні реальних покупок в магазині. Якщо у клієнта виникають труднощі з практичним використанням набутих знань і навичок, то тактика навчання повинна бути сфокусована на механізмах поліпшення закріплення.

У центрі уваги соціального супроводжуючого знаходиться діяльність, яка включає в себе три області:

- самообслуговування або догляд за собою;
- трудову діяльність;
- проведення дозвілля і відпочинку.

На характер дій по догляду за собою, проведення дозвілля та трудової діяльності впливають соціальні та культурні фактори. Дії, які в одних умовах вважаються типовими і доречними, можуть виявитися неприйнятними в інших. Необхідно враховувати ці відмінності в практичній діяльності по здійсненню соціального супроводу, керуючись при цьому наступними принципами:

- Участь клієнта з розладами психіки в соціальній діяльності життєво необхідно. Така участь дозволяє людині задовольняти природні потреби,

набувати навички та здібності, необхідні для подолання життєвих проблем, досягаючи почуття задоволеності і значущості.

- Взаємини між клієнтом і соціальним супроводжувачем носять характер співробітництва. І той і інший вносять в цей процес свої знання, вміння і досвід.
- Кожна людина має можливості для свого розвитку і вдосконалення. Хоча можливості і здібності можуть бути обмежені з різних причин, людина завжди має потенціал до розвитку і вдосконалення. Люди, які страждають недієздатністю, все ж мають певні резерви для задовільної соціальної діяльності.
- Між елементами, складовими заняття, повинен бути баланс, який необхідний для забезпечення здорового і сприятливого способу життя. Догляд за собою, дозвілля і трудова діяльність утворюють певну структуру в повсякденному житті людини.
- Вимоги до діяльності соціального супроводжувача і його зобов'язання по відношенню до клієнта змінюються протягом життя і повинні розглядатися в перспективі розвитку. У процесі соціального супроводу необхідно враховувати вікові особливості клієнта.
- Залучення клієнта в повсякденну діяльність вважається нормальним і соціально виправданим. Воно може проводитися в тій формі, яка дозволяє клієнту інтегруватися у соціальне життя. Тому до уваги повинні прийматися як клієнта, так і особливості навколишньої обстановки.

На підставі викладеного можна сказати, що діяльність соціального супроводу складається з комплексу знань, умінь і навичок, які допомагають особам з обмеженими можливостями зберігати здоров'я, зменшувати наслідки травм та інвалідизації і вести незалежний спосіб життя.

Соціальний супровід людини з розладами психіки - це процес, що містить комплекс цілеспрямованих послідовних дій, що допомагають людині зрозуміти виникає життєву ситуацію і забезпечують його саморозвиток на основі рефлексії відбувається.

Соціальний супровід не може бути супроводом взагалі. Це не пасивний процес прямування за розвитком людини. Воно повинно мати чітко виражені цілі.

Можна виділити наступні групи цілей соціального супроводу людей з розладами психіки.

Ідеальна мета - адекватна соціалізація і розвиток індивідуальності людини. Ця ідеальна мета завжди відображається в персоніфікованій цілі досягнення кожною людиною свого більш високого рівня соціальності, що виявляється в його соціальному самовизначенні та розвитку його індивідуальності.

Процесуальною метою є відображення в соціально-педагогічних засобах актуальних потреб що розвивається особистості, на підставі яких дитина чи доросла людина можуть вирішити виникає у них особистісну проблему.

Соціальний супровід людей з розладами психіки завжди персоніфікований і спрямований на конкретну людину, навіть якщо фахівець працює з групою.

Саме супровід, що включає в себе допомогу і підтримку, не передбачає рішення проблеми через супроводжуваного, а стимулювання його самостійності у вирішенні виникаючої проблеми.

Суб'єктами соціального супроводу є:

- члени найближчого оточення клієнта;
- професіонали, які здійснюють його цілеспрямовано в рамках реалізації своїх професійних функцій (соціальні педагоги, фахівці з соціальної роботи, психологи, психіатри та ін);
- волонтери, що реалізують перераховані вище функції цього процесу в межах своєї громадської діяльності.

Функція соціального супроводу людей з розладами психіки, відображаючи мету даного процесу та його специфіку, визначає зміст дій. Необхідно виділити дві групи функцій соціального супроводу.

Перша група - цільові функції, що відбивають зміст основних завдань реабілітації, соціалізації та інтеграції, що вирішуються суб'єктами соціального супроводу.

Друга група - інструментальні функції, що відбивають технологію соціального супроводу.

Безсумнівно, що в сукупності всі цільові функції соціального супроводу реалізують мету розвитку особистості та індивідуальності людини. Тому першою і найважливішою є розвиваюча функція, реалізація якої передбачає надання цілеспрямованого впливу на соціальний розвиток клієнта. Суб'єкти соціального супроводу, реалізуючи цілі даного процесу, покликані дбати насамперед про розвиток особистості і індивідуальності клієнта. У цьому сенсі розвиваюча функція є основною, так як відповідає змістом будь гуманістично спрямованої діяльності.

Соціальний супровід як процес розглядається діалектично, виділяючи джерело його розвитку, рушійну силу та основні етапи.

Мета цього процесу - формування соціальності клієнта; джерелом є протиріччя між актуальним рівнем соціального досвіду і недостатністю його для вирішення соціальної проблеми. Такий недолік як раз і може бути компенсована в процесі взаємодії клієнта з суб'єктом соціального супроводження. Ця взаємодія і є рушійна сила цього процесу.

Процес соціального супроводу людей з розладами психіки циклічний і включає в себе наступні етапи.

Перший етап - етап проблематизації. На цьому етапі фахівці виявляють і актуалізують разом з клієнтом предмет соціального супроводу. Виявляються суть, причини виникнення, виявляються суперечності, формулюється проблема.

На другому (варіативному) етапі здійснюється пошук варіантів вирішення проблеми та визначається ступінь участі супроводжуючого в цьому процесі, а також засоби супроводу.

На третьому (практично-дієвий) етапі здійснюються спільно з клієнтами реальні або віртуальні (у разі імітації ситуації) дії, які призводять супроводжуваного до вирішення проблеми.

На четвертому (аналітичному) етапі супроводжують і клієнти аналізують те, що відбувається, прогнозують можливість появи нових труднощів і шляхів їх подолання.

При цьому необхідно конкретне визначення міри цієї допомоги (ступеня втручання), надання допомоги як через дії клієнта, так і через дії фахівців.

Допомога може бути запропонована (саме запропоновано, а не нав'язана) в різних формах: консультації, залучення певних осіб для надання допомоги клієнту, організація спільної діяльності та ін.

Принципи соціального супроводу:

- особистісного центрування супроводу, який передбачає розглядати особистість кожного клієнта як унікального в своєму соціальному становленні, здатного зробити свій соціальний і екзистенційний вибір, для якого соціальне супроводження виступає в якості засобу осмислення своєї життєвої ситуації;

- персоніфікації, який передбачає вибір завдань і засобів супроводження, адекватних соціальної ситуації кожного клієнта;

- конвенціональності, передбачає, що реалізація завдань супроводу обмежена угодою на його здійснення, основою якого є потреби самого клієнта;

- оптимістичної стратегії, передбачає, що суб'єкти супроводу розглядають соціалізацію, адаптацію та інтеграцію клієнта з урахуванням того позитивного соціального досвіду, якими він володіє, при цьому повинно домінувати переконання в позитивному його розвитку;

- соціального спонукання, що припускає включення клієнта в ситуації, які потребують вольового зусилля для подолання негативного впливу соціуму, оволодіння певними способами цього подолання, адекватних індивідуальним особливостям людини, формування соціального імунітету, стійкості до стресу, рефлексивної позиції.

Соціальний супроводжуючий бачить своє завдання в тому, щоб людина, якій він допомагає, зміг обходитися без цієї допомоги і без соціального супроводжуючого, що і вважається основним критерієм професійного успіху.

Процес, за допомогою якого цього намагаються досягти, називають по-різному: реабілітація, нормалізація, реадаптація, соціалізація, інтеграція та ін. Але головна мета завжди полягає в тому, щоб повернути клієнту або сформувати у нього здатність діяти самостійно в даному соціальному контексті.

Основні завдання соціального супроводу в контексті:

1. Провести необхідну оцінку і скласти план надання всебічної допомоги, що стосується основних сфер життя клієнта: психосоціальної, медичної, фінансової і т.д.

2. Переконатися, що клієнту доступні всі види послуг і що вони відповідають його потребам.

3. Полегшити доступ і розширити спектр необхідних послуг.

4. Забезпечити безперервність соціально-медичної та інших видів допомоги на всіх етапах із залученням різних організацій.

5. Зменшити ймовірність дублювання послуг і стежити за якістю їх надання.

6. Надавати підтримку самостійної діяльності клієнта та членів його родини.

Соціальний супровід має відображати підхід до надання послуг, при якому дотримується право клієнта:

- на особисте життя та конфіденційність;
- на уважне, неупереджене ставлення та повагу;
- на самовизначення і самостійність у виборі;
- на отримання соціальних послуг високої якості.

Програма соціального супроводу передбачає, що клієнт залишається в контакті з фахівцем по соціальному супроводу до тих пір, поки не будуть визначені шляхи вирішення проблем, що виникають у клієнта, проте види послуг, що надаються, можуть варіюватися в залежності від конкретних потреб клієнта на конкретному життєвому етапі.

За даною технологією робота з клієнтом передбачає здійснення таких етапів:

- вивчення та оцінка ситуації,
- подальша розробка плану можливого вирішення проблеми,
- узгодження запропонованого плану з клієнтом,
- реалізація певних дій, спрямованих на покращення ситуації.

Необхідною позицією завершення роботи є аналіз реалізації плану дій та визначення результативності вжитих заходів.

Перший етап – вивчення ситуації. Оцінюється соціальна проблема і визначаються потреби клієнта, що передбачає реалізацію таких положень:

- оцінка потреб клієнта;
- розробка плану соціального супроводу;
- визначення пріоритетів у задоволенні потреб клієнта;
- якщо необхідно, визначається вартість послуг і джерела фінансування(по змозі).

Оцінка потреб клієнта передбачає аналіз особистості, міжособистісних стосунків, сім'ї, взаємодій із соціальним оточенням і чинниками, що його визначають.

На цьому етапі має бути приділена особлива увага підготовці до надання конкретної допомоги, визначення кола першочергових проблем, залучення клієнта до прийняття рішень щодо необхідної соціальної допомоги.

Другий етап – безпосереднє надання послуг. На цьому етапі визначаються організації та спеціалісти, які будуть безпосередньо надавати послуги клієнту, характер і обсяг послуг, здійснюється безпосередня робота з клієнтом та оцінка ефективності заходів. Соціальний працівник спільно з клієнтом, враховуючи специфіку і індивідуальні потреби особистості у вирішенні визначених проблем, вивчають можливі варіанти їх вирішення, різні шляхи досягнення успіху та вибирають найефективніші методи. Визначається відповідальність кожної із сторін – яка працівника, так і клієнта, графік роботи, формулюються конкретні заходи та дати їх реалізації.

Третій етап – аналіз роботи та оцінка послуг. Цей етап передбачає такі моменти:

- оцінка змін, що відбулися в результаті надання послуг;
- вивчення нових потреб, що з'явилися у клієнта і потребують вирішення;
- розробка (за потреби) додаткового плану соціального супроводу;
- припинення роботи з клієнтом, якщо він більше не потребує соціально-педагогічної допомоги.

Соціальний працівник має провадити періодичний контроль за тим, чи спостерігаються позитивні зміни в процесі надання соціальних послуг і, в разі необхідності, вносити зміни або доповнення до розробленого плану діяльності. «Ведення випадку» – така модель соціально-педагогічної роботи, коли соціальний працівник відповідає не тільки за організацію, а й за надання послуг клієнтові, що можуть бути організовані різними установами.

Соціальний працівник виступає як соціальний менеджер: організовує надання соціальної допомоги та здійснює координацію її надання різними установами та організаціями. Соціальний супровід людей з розладами психіки базується на основних положеннях моделі «ведення випадку», що передбачає: оцінку конкретної ситуації, визначення першочергових потреб, розробку послідовного плану діяльності, надання соціальної допомоги, періодичну оцінку ефективності послуг, корекцію плану подальшої діяльності, з урахуванням результатів оцінювання.

В основі соціального супроводу лежить оцінка та планування послуг. Елементом цього процесу повинна бути індивідуальна оцінка потреб людей з розладами психіки визначення конкретного типу та рівня соціальної допомоги. Основними завданнями соціального супроводу людей з розладами психіки є:

- ефективне використання наявних ресурсів для оптимальної та швидкої адаптації чи ресоціалізації психічно-хворого;
- надання допомоги родичам для того, щоб у подальшому вони могли вирішувати проблеми шляхом мобілізації власних ресурсів;
- забезпечення партнерських стосунків між сім'єю, соціальною службою, іншими державними і громадськими установами для комплексного забезпечення прав людей з розладами психіки.

Реалізація соціального супроводу людей з розладами психіки передбачає:

- 1) базову оцінку стану здоров'я, рівня психологічного та емоційного розвитку;
- 2) складання плану соціального супроводу;
- 3) відвідування сім'ї, контактування з членами родини;
- 4) надання допомоги членам родини щодо розв'язання проблем;
- 5) періодичну оцінку ефективності реалізації соціального супроводу;

- 6) коригування плану соціального супроводу;
- 7) надання інформації службам у та правоохоронним органам;
- 8) планування виходу людей з розладами психіки зі спеціалізованого закладу.

Соціальний супровід людей з розладами психіки здійснюється відповідно до плану соціального супроводу, який складається індивідуально і періодично коригується. План соціального супроводу – це план цілеспрямованої діяльності соціального працівника, спеціалістів, які надають конкретні послуги, а також членів родини, які разом створюють необхідні умови для оптимального функціонування сім'ї та життя людей з розладами психіки .

План соціального супроводу розробляється на основі базової інформації про потреби людей з розладами психіки.

План соціального супроводу розробляється соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід, спільно з членами родини психічнохворого. До складання плану залучаються медичні працівники, які працюють з психічнохворим.

Структура плану соціального супроводу визначена, виходячи з основних проблемних питань: адаптація людей з розладами психіки до умов повсякденного життя; контакт з членами родини, родичами; освіта та навчання; особливості характеру; соціальні проблеми; фізичний розвиток; юридичні питання тощо.

Орієнтовні напрями соціального планування:

- подолання наслідків насильства та недбалого догляду;
- подолання наслідків розлучення та втрати;
- охорона здоров'я;
- оздоровлення людей з розладами психіки ;
- задоволення потреб людей з розладами психіки , пов'язаних із її розвитком;
- задоволення потреб людей з розладами психіки , пов'язаних із дотриманням належної дисципліни;
- задоволення потреб людей з розладами психіки у відпочинку;
- контакти в громаді;
- вирішення юридичних питань;
- умови проживання людей з розладами психіки ;

План соціального супроводу розробляється на основі інформації про індивідуальні потреби конкретного психічнохворого і має включати ті позиції, які є актуальними на відповідний термін реалізації соціального супроводу.

У плані соціального супроводу фіксуються такі положення:

- конкретне питання, яке має бути вирішено (проведення медичного обстеження людини з розладами психіки;
- що необхідно зробити для його вирішення;
- особа, яка відповідає за розв'язання проблеми (соціальний працівник, члени родини, лікар та ін.);
- термін розв'язання проблеми;
- примітка щодо виконання або певні зауваження.

План соціального супроводу затверджується директором Центром соціально-психологічної реабілітації для осіб з функціональними обмеженнями. У разі необхідності, при виникненні обставин, які потребують термінового вжиття заходів, може бути проведено коригування плану соціального супроводу.

План медичного супроводу підписується завідувачем психіатричного відділення медичного закладу і визначає медичні показання, яких мають дотримуватися лікар та соціальний працівник. План медичного супроводу переглядається раз на рік при проходженні хворим обов'язкового медичного обстеження або ж коригується за потребою.

Представлена на розгляд методика реалізації соціального супроводу людей з розладами психіки базується на практиці роботи спеціалістів центрів соціальних служб. Ефективне впровадження такої роботи потребує, передусім, чітких інструктивних роз'яснень, єдиних форм, затверджених на рівні Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я. Визначення єдиної методики роботи соціальних працівників щодо соціального супроводу людей з розладами психіки підвищить професійний рівень надання соціальних послуг, спрямованих на реалізацію права психічнохворих.

Наведені вище етапи та їх складові загалом дають нам можливість запропонувати модель надання соціального супроводу клієнтам КМПНЛ №3 і

відповідають алгоритму технології соціальної роботи з психічнохворими клієнтами, залежно від їх категорій (рис.2.3.).

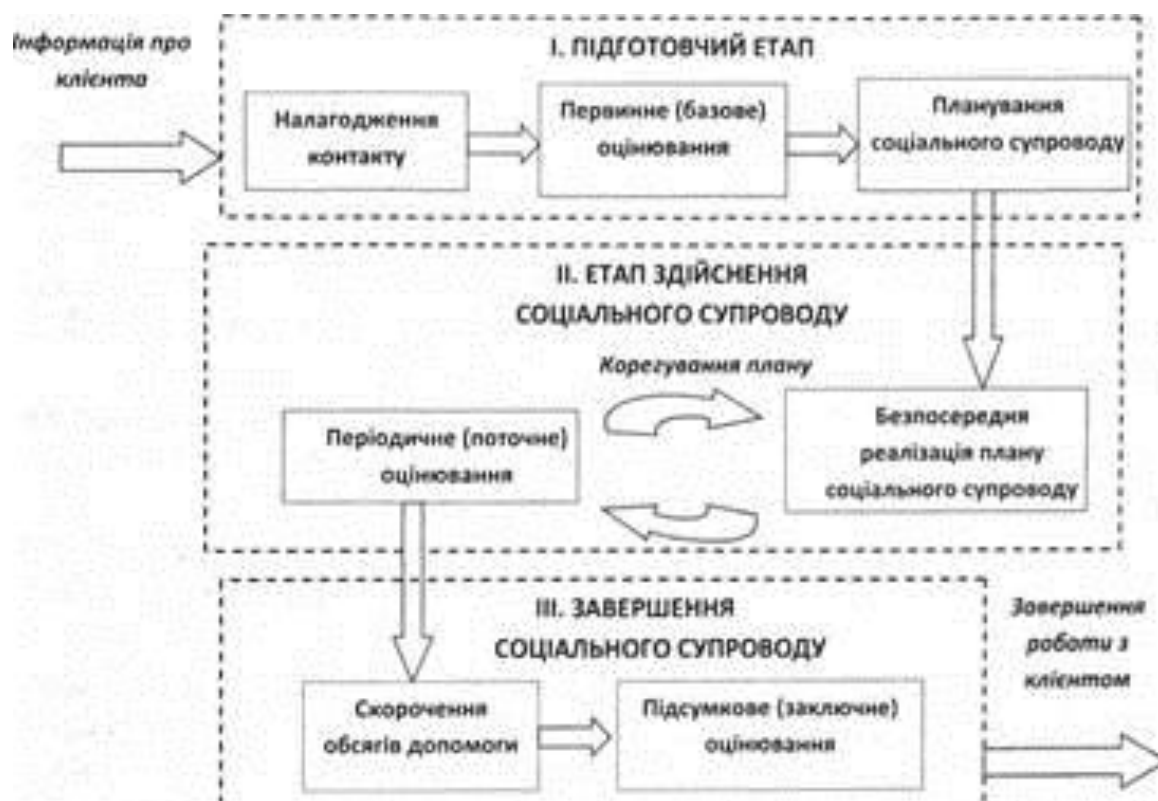


Рис. 2.3. Модель надання соціального супроводу клієнтам КМПНЛ №3

Соціальний працівник в Київській міській психоневрологічній лікарні №3 (далі КМПНЛ № 3) допомагає пацієнтам, які опинилися у складних життєвих обставинах. В період перебування пацієнта в КМПНЛ № 3 вирішуються питання соціального захисту і підтримки шляхом співпраці з органами та установами охорони здоров'я, соціального захисту населення та іншими організаціями. На сьогоднішній день виникає необхідність звернути більше уваги не тільки на клінічні, але й психологічні і соціальні чинники, особистісним і соціальним особливостям осіб з вадами психічного здоров'я і, таким чином, надавати більш різнобічну та ефективну допомогу.

Згідно з посадовою інструкцією соціального працівника, розробленою адміністрацією Київської міської психо-неврологічної лікарні №3, можна зрозуміти, що соціальний працівник належить до професійної групи: "фахівці", є штатним співробітником лікарні, призначається на посаду та звільняється з посади

наказом головного лікаря МПНЛ №3 з дотриманням вимог трудового законодавства України. Даний фахівець підпорядковується безпосередньо головному лікарю КМПНЛ №3.

На початку здійснення соціального супроводу соціальний працівник КМПНЛ №3 спілкується з пацієнтом з метою здійснення оцінки потреб та визначення наявності складних життєвих обставин. При необхідності звертається до родичів пацієнта. Під час здійснення такої оцінки соціальний працівник звертає увагу на думки пацієнта та членів його сім'ї про проблеми і потреби пацієнта та можливі шляхи їх подолання.

Наступним чином відбувається засідання мультидисциплінарної бригади щодо ново виявлених проблем. Кожен член бригади висвітлює наявні проблеми хворого згідно свого напрямку. Далі відбувається інформування головного лікаря і пропонується клієнту план наступних дій. Наступні дії виконуються в найкоротші терміни, відповідно до ситуації. У разі небажання та непогодження вирішувати соціальні питання – клієнт пише заяву про відмову від відповідного виду соціальної допомоги.

Соціальний працівник у своїй діяльності керується законодавством у сфері надання соціальних послуг, основами етики та професійного спілкування, змістом, формами та порядком надання послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах, методами і формами соціальної роботи зі спеціалізованими групами пацієнтів, основами психології, основами медичних та гігієнічних знань, основами економіки, права, трудового законодавства, норми охорони праці та виробничої санітарії, діловодством.

Основним завданням є вирішення соціальних проблем пацієнтів лікарні, шляхом представництва їх інтересів у державних і громадських організаціях та установах, документозабезпечення (паспортизація, відновлення карток платників податків, пенсійних посвідчень та інше), відновлення пенсій та соціальних виплат, підтримка зв'язків з родичами пацієнтів, а також навчати самих хворих ефективній поведінці для самостійного вирішення своїх проблем та вмінню відстоювати свої

права й інтереси, бесіди, читання книжок та малювання (арт-терапія), за необхідністю навчання.

Очікувані результати використання моделі соціального супроводу наступні :

- Забезпечення доступності, безперервності та координації надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод (визначення «маршруту» первинного хворого з залученням лікарів загально медичної ланки).
- Створення мережі підрозділів для надання допомоги хворим на первинний психотичний епізод в амбулаторних, напівстаціонарних та стаціонарних умовах.
- Зменшення негативних наслідків інституалізації, обумовлених перебуванням пацієнтів за межами родинного та професійного середовища.
- Забезпечення хворих на первинний психотичний епізод безпечними та високоефективними ліками.
- Підвищення рівня трудової та професійної реабілітації хворих на первинний психотичний епізод.
- Покращання умов у психіатричних відділеннях — забезпечення гідного та сучасного стандарту умов перебування та лікування хворих на первинний психотичний епізод.
- Зростання питомої ваги психосоціальних заходів в наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод (збільшення кількості поліпрофесіональних бригад, які беруть участь у наданні допомоги хворим на первинний психотичний епізод).
- Підвищення рівня знань з питань охорони психічного здоров'я фахівців первинної медико-санітарної ланки та фахівців, які працюють з широкими верствами населення.
- Поширення серед населення знань з питань психічного здоров'я та запобігання розвитку психічних розладів. Узагальнюючи вищенаведене, слід відзначити, що досвід країн з розвинутою соціально-орієнтованою психіатричною допомогою (країн Європи, США, Канади) свідчать, що процес формування такої допомоги є тривалим, потребує нормативно-правових, організаційно-методичних, кадрових змін та суттєвої фінансової підтримки.

2.4. Рекомендації при здійсненні соціального супроводу клієнтам психіатричної лікарні

Підвищення рівня освідченості щодо ментального здоров'я у соціумі та здолання стигматизації передбачено співпрацею Міністерства охорони здоров'я з громадськістю а також засобами масової інформації стосовно ролі ментального здоров'я у суспільному здоров'ї, активного обговорення та ведення дискусій на рівні суспільства із зазначених питань, розвиненням інформаційних ресурсів, виконання програм просвіти та подолання стигми та дискримінації на національному та регіональному рівнях, активного включення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей, сектору громадськості, фахових асоціацій до діяльності у сфері охорони психічного здоров'я.[51]

Процес росту системи популяризування ментального здоров'я та профілактики психічних розладів планується за рахунок:

- організації громадських заходів, що спрямовуються на зцілення інституту сім'ї,
- підняття рівня обізнаності та психологічної компетентності вчителів, батьків або опікунів, чи осіб, що їх заміняють, стосовно питань збереження ментального здоров'я дітей;
- здійснення дитячими та шкільними психологами моніторингу ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки та проведення колекційної та відновлювальних робіт в закладах освіти з учнями та студентами щодо підтримки їх психічного та емоційного здоров'я;
- Запровадження систематичних заходів з профілактики суїцидів серед військовослужбовців ЗСУ, серед осіб, що відбувають покарання у виді позбавлення волі, або ті, які знаходяться на запобіжному заході у вигляді тримання під вартою; впровадження пробаційних (наглядові та соціально-виховні заходи, що застосовуються лише за рішенням суду, виконання певних видів кримінальних покарань)[52], що може характеризувати обвинуваченого (заходів, спрямованих на корекцію психіки осіб, що звільнені від відбування покарання з випробуванням та

перебувають на пробації, заходів попередження можливості рецидивів поширених, тяжких психічних розладів та залежностей, заходів роботи з військовими та працівниками пенітенціарної системи з метою профілактики психічних розладів та вироблення стресостійкості в них під час несення служби, програм у режимі реального часу з основ психічного здоров'я та заходів розвитку стресостійкості цивільного населення.

Опираючись на досвід роботи в психіатричній лікарні протягом 4 років, ми вважаємо дієвим дотримання “Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України”, що був затверджений Міністерством України у справах молоді та спорту у 2005 році.[55]. Даний кодекс регламентує роботу соціального працівника, є для фахівців принциповим орієнтиром з питань професійної діяльності. Основою даного кодексу є вітчизняний та міжнародний досвід, зарубіжні стандарти виконання цього виду діяльності, етичні принципи діяльності спеціалістів.

До етичних принципів діяльності спеціалістів з надання соціальної допомоги відносяться:

- Повага до гідності кожного індивіда. Соціальний працівник не має права допускати жодного прояву зневаги відносно пацієнта, з яким проводиться робота. Також робота соціального працівника є несумісною з прямим чи опосередкованим примусом клієнтів до позитивних, або негативних дій, навіть на користь клієнта.

- Пріоритетність інтересів клієнтів. Соціальні працівники повинні спрямовувати всі свої зусилля та знання на допомог своїм клієнтам – пацієнтам КМПНЛ №3.

- Толерантність. Соціальні працівники повинні бути максимально терплячими до специфічних емоційних проявів клієнтів психіатричної лікарні. Для спеціалістів соціальної роботи не має значення соціальне походження, національна та гендерна приналежність, політичні або релігійні переконання, вади здоров'я тощо.

- Довіра і взаємодія. Сприяння добровільності участі клієнта в процесі надання послуг, створення відповідної атмосфери в роботі.

- Доступність. Соціальні працівники допомагають кожному індивіду, який звертається до них за допомогою, підтримкою та захистом. Без дискримінації та стигматизації.
- Конфіденційність. Обов'язок спеціаліста в даній сфері – забезпечувати конфіденційність інформації.
- Дотримання норм професійної етики : етична поведінка, дотримання Етичного кодексу, підвищувати статус соціальної роботи, заохочувати клієнта до взаємодії, звітування по результатах проведеної роботи, співпраця з різними установами і організаціями та інше.

Вихдячи з власного досвіду можна зробити висновок, про важливість добрих слів, підтримки кожного клієнта. Важливо цікавитись життям клієнта, враженнями від перебування в закладі, внутрішнім світом і переживаннями. Соціальний працівник – це партнер та опора кожного пацієнта.

Здатність до емпатії є професійно важливою рисою для фахівця соціальної сфери.

Емпатія – це співпереживання, розуміння емоційного стану клієнта, досягнення його внутрішнього світу, переживань, готовність у будь-який час надати моральну підтримку індивіду. Чуйність до емоційного стану клієнта проявляється у бажанні допомогти.

Під впливом емпатії соціальний працівник, лікар, психолог розвиває власні комунікативні навички та уміння, що дають можливість фахівцю професійно зростати.

Вміння здобути симпатію, повагу, авторитетність клієнта – впливають на здатність працівника до спілкування взагалі.

Для якісного і тривалого надання послуг необхідно визначати рівень своєї емпатії. Вчені поділяють думку, що допустимим є середній рівень емпатійних здібностей. На цьому рівні не виникають труднощі в емоційно-моральній сфері та попереджена можливість синдрому так званого «професійного вигорання».

Оцінюючи специфіку даної сфери роботи, важливим для власної безпеки та користі роботи соціального працівника є визначення чітких рамок та достатнього рівня дистанції.

В процесі проведення роботи чи спілкування з пацієнтом на вільні теми, спеціаліст не повинен повідомляти своїх персональних даних, наприклад: адресу реєстрації та місця проживання, склад сім'ї, сімейний стан та інформацію щодо своїх родичів, адреси в соціальних мережах та номер мобільного телефону.

Клієнта слід називати на ім'я й по батькові, або прізвище. Якщо працівнику невідомі дані клієнта, то варто звертатись: «пан/пані», або «шановний». Звертатися за статевою ознакою чи віком клієнта - не варто, крім того, таке звертання буде свідчити про невихованість працівника. В роботі з клієнтом є неприпустимим надання жартівливих прізвиськ та використання не чемних, образливих слів та жартів. До клієнта потрібно звертатись на «ви».

Існують ситуації, коли прохання клієнта, або надання йому допомоги є неможливим через режим його перебування в закладі, обмеженість посадових функцій соціального працівника, фінансових можливостей закладу, вичерпність робочого часу та інше. Для часткової, або повної відмови клієнту в даному виді обслуговування, соціальний працівник повинен чітко, конкретно та аргументовано сформулювати причину відмови. Відмова має бути ввічливою. Можна запропонувати інші варіанти вирішення питання.

При підтримці зв'язків з родичами клієнтів, соціальний працівник також повинен притримуватись жорстких рамок. Зокрема, повідомити свій графік роботи в закладі та можливості зв'язку і зустрічі з ним.

Порядок здійснення соціального супроводу в психоневрологічній лікарні визначає процедуру здійснення соціальним працівником особам (пацієнтам КМПНЛ №3), що опинились в складних життєвих обставинах, з метою надання своєчасної допомоги, або подолання труднощів.

Об'єктами соціального супроводу в КМПНЛ №3 є:
геронтологічні хворі;

особи, що скоїли суспільно-небезпечні діяння, але через наявність психічних розладів не можуть бути осуджені і до них застосовуються примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ);

категорія пацієнтів, які скоїли суспільно-небезпечні діяння, але до винесення вироку перебувають в лікарні на запобіжному заході в умовах, які виключають їх небезпечну поведінку (зазвичай до даної категорії осіб лікування не застосовується);

категорія осіб, які мають психічні розлади. Приводом до госпіталізації є направлення з диспансерів та по само зверненню таких громадян).

Можна визначити, що соціальний супровід в психіатричній лікарні базується на таких принципах: адресності, індивідуального підходу до кожної особи з урахуванням потреб і особливостей, доступності, гуманності, комплексності, добровільності, соціальної справедливості, законності, конфіденційності, безоплатності, дотримання державних стандартів надання соціальних послуг, толерантності і гуманізму та етичних норм і правил.

Соціальний працівник – це партнер та опора кожного пацієнта.

Висновки до другого розділу

Психічні розлади займають особливе місце як у медицині, так і в соціальній роботі. Необхідно наголосити на тому, що психічні розлади мають чи не найбільшу соціальну вагу серед всіх інших груп захворювань. Для цього є кілька причин:

- психічні захворювання трапляються досить часто;
- психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини;
- певні різновиди психічних розладів пов'язані з можливістю заподіяння шкоди собі чи іншим;
- у суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих.

Усі згадані аспекти психічних розладів віддзеркалюються і на соціальній роботі з цією групою хворих, визначаючи її специфіку.

Більшість психічних захворювань мають хронічний перебіг. Варто згадати такі захворювання, як шизофренія, депресивний розлад, епілепсія, розлади особистості та інші, перебіг яких розтягується інколи на все життя людини, котра поступово втрачає здатність до самостійності. Особливості соціальної допомоги з огляду на хронічний перебіг захворювання полягають у тому, щоб забезпечити своєчасне звернення по лікарську допомогу в разі потреби, а також докласти зусиль для виконання хворим рекомендацій лікаря після виписки з лікарні.

Оцінювання потреб та надання допомоги належить здійснювати з обов'язковим урахуванням точки зору самого клієнта й родини, що його опікує.

Соціальний супровід є різновидом надання соціальних послуг. Визначення цієї форми соціальної роботи в українській практиці бере початок з 1998 р.

В основу методики соціального супроводу закладено модель «ведення відпадку», що широко використовується у практиці соціальної роботи різних країн (care management – у Великій Британії, case management – у США). В Україні дана соціально-педагогічна модель набула широкого впровадження у роботі з різними категоріями клієнтів.

Враховуючи, що технологія соціального супроводу базується на класичній моделі соціальної роботи з клієнтами, її реалізація передбачає здійснення послідовних етапів: діагностика проблеми, планування та надання соціальної допомоги, оцінка отриманих результатів. Загалом соціальний супровід умовно можна поділити на кілька етапів, які визначаються послідовності дій, виконання яких є запорукою ефективності соціальної роботи.

Реалізація запропонованої технології соціального супроводу передбачає, що на кожному етапі, у кожній фазі роботи плани, заходи, засоби, цілі, завдання, методи й результати оцінки мають бути предметом регулярних обговорень у середовищі фахівців з метою обміну інформацією, пошуку найбільш ефективних рішень, безперервної супервізії конкретних випадків. Практика доводить, що найбільш результативна робота притаманна мультидисциплінарним командам, що спромоглися зібрати навколо конкретного випадку фахівців різного профілю - організаторів, соціальних педагогів, психологів, медиків, юристів тощо.

Визначення єдиної методики роботи соціальних працівників щодо соціального супроводу людей з розладами психіки підвищить професійний рівень надання соціальних послуг, спрямованих на реалізацію права психічнохворих.

Наведені вище етапи та їх складові загалом дають нам можливість запропонувати модель надання соціального супроводу клієнтам КМППЛ №3 і відповідають алгоритму технології соціальної роботи з психічнохворими клієнтами, залежно від їх категорій.

На основі використання наведеної вище моделі соціального супроводу були розроблені та апробовані рекомендації здійснення соціального супроводу клієнтами психіатричної лікарні.

ВИСНОВОК

1. Здоров'я суспільства залежить від рівня благополуччя кожної людини та уваги до проблем

Новітня система охорони психічного здоров'я в Україні в цілому успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи. Залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я.

Ряд позитивних змін в сфері охорони психіатричного здоров'я за роки незалежності: прийняття Закону України "Про психіатричну допомогу", створено асоціацію психіатрів України (громадська медична організація), розвиток міжнародної співпраці, розробка протоколів та їх впровадження щодо надання допомоги при деяких розладах психіки, реалізація нових освітніх проектів у методах психотерапії, проведення ініціатив просвіти.

Дискримінацією осіб, що страждають психічними розладами називають негативне упереджене ставлення до людей та порушення їх прав, або обмеження можливостей на підставі наявності у них психічного розладу або психіатричного діагнозу. За формами дискримінацію поділяють на побутову та інституційну.

До побутової дискримінації відноситься: негативне, упереджене ставлення до представників тієї чи іншої меншості з боку окремо взятих осіб або малих громадських груп.

Інституційна дискримінація - має місце з боку великої групи, суспільства, організації або соціального інституту по відношенню до людей з психічними розладами і психіатричними діагнозами

Основною причиною дискримінації і стигматизації є недостатня обізнаність суспільства, відсутність програм просвіти пересічних громадян, наявність стереотипів щодо психічних хвороб, ставлення по психічній хвороби, як до безумства.

2.Надання психіатричної допомоги в Україні бузується на принципах гуманності, дотримання всіх прав громадянина,що гарантується Конституцією України, добровільності, доступності, анонімності(за бажанням), необхідності.

Держава є гарантом надання безоплатної медичної і соціальної допомоги, захисту прав і свобод людей,що страдають на психічні розлади, здійснення всіх видів експертиз, вирішення питань щодо опіки і піклування даної категорії громадян у встановленому законом порядку, та багато іншого.

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України "Про психіатричну допомогу"та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Головними завданнями соціальної роботи в центрах соціального обслуговування є: створення психологічної атмосфери, формування і залучення людей похилого віку та інвалідів в різні мікросоціальної групи, організація трудотерапії, зняття негативних емоційних переживань, допомога у формуванні нового життєвого стереотипу.

Не так давно в нашій країні з'явилися консультативні та реабілітаційні центри, які надають соціально-психологічну допомогу. Завданнями консультативних і реабілітаційних центрів є: допомога в самопізнанні людиною самого себе, встановлення самооцінки на адекватному рівні, пристосуванні до реальних життєвих умов, допомога у виході з кризових ситуації. Основними формами роботи соціально-психологічних консультативних центрів є консультування громадян при наявності проблем, проведення тренінгів, організація кабінету і телефону довіри [6, с. 128-144].

Проаналізувавши структуру установ загальної і психіатричної служби можна сказати, що вони охоплюють всі групи населення від дітей до літніх людей. Так само врахований принцип ступінчастості, і психіатрична допомога надається на всіх рівнях, від психіатричних лікарень, які надають допомогу людям з важкими формами захворювання, до гуртожитків і консультативних центрів, де людині допомагають адаптуватися в суспільстві. Не дивлячись на те, що в нашій країні

велика кількість видів установ загальної і психіатричної служби, існує тенденція до скорочення кількості даних установ, що негативно відбивається на якості наданої допомоги.

3. Психічні розлади займають особливе місце як у медицині, так і в соціальній роботі. Необхідно наголосити на тому, що психічні розлади мають чи не найбільшу соціальну вагу серед всіх інших груп захворювань. Для цього є кілька причин:

- психічні захворювання трапляються досить часто;
- психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини;
- певні різновиди психічних розладів пов'язані з можливістю заподіяння шкоди собі чи іншим;
- у суспільстві існує досить виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих.

Усі згадані аспекти психічних розладів віддзеркалюються і на соціальній роботі з цією групою хворих, визначаючи її специфіку.

Більшість психічних захворювань мають хронічний перебіг. Варто згадати такі захворювання, як шизофренія, депресивний розлад, епілепсія, розлади особистості та інші, перебіг яких розтягується інколи на все життя людини, котра поступово втрачає здатність до самостійності. Особливості соціальної допомоги з огляду на хронічний перебіг захворювання полягають у тому, щоб забезпечити своєчасне звернення по лікарську допомогу в разі потреби, а також докласти зусиль для виконання хворим рекомендацій лікаря після виписки з лікарні.

Оцінювання потреб та надання допомоги належить здійснювати з обов'язковим урахуванням точки зору самого клієнта й родини, що його опікує.

Соціальний супровід є різновидом надання соціальних послуг. Визначення цієї форми соціальної роботи в українській практиці бере початок з 1998 р.

В основу методики соціального супроводу закладено модель «ведення відпадку», що широко використовується у практиці соціальної роботи різних країн (care management – у Великій Британії, case management – у США). В Україні дана

соціально-педагогічна модель набула широкого впровадження у роботі з різними категоріями клієнтів.

Враховуючи, що технологія соціального супроводу базується на класичній моделі соціальної роботи з клієнтами, її реалізація передбачає здійснення послідовних етапів: діагностика проблеми, планування та надання соціальної допомоги, оцінка отриманих результатів. Загалом соціальний супровід умовно можна поділити на кілька етапів, які визначаються послідовністю дій, виконання яких є запорукою ефективності соціальної роботи.

Реалізація запропонованої технології соціального супроводу передбачає, що на кожному етапі, у кожній фазі роботи плани, заходи, засоби, цілі, завдання, методи й результати оцінки мають бути предметом регулярних обговорень у середовищі фахівців з метою обміну інформацією, пошуку найбільш ефективних рішень, безперервної супервізії конкретних випадків. Практика доводить, що найбільш результативна робота притаманна мультидисциплінарним командам, що спромоглися зібрати навколо конкретного випадку фахівців різного профілю - організаторів, соціальних педагогів, психологів, медиків, юристів тощо.

Визначення єдиної методики роботи соціальних працівників щодо соціального супроводу людей з розладами психіки підвищить професійний рівень надання соціальних послуг, спрямованих на реалізацію права психічнохворих.

Наведені вище етапи та їх складові загалом дають нам можливість запропонувати модель надання соціального супроводу клієнтам КМППЛ №3 і відповідають алгоритму технології соціальної роботи з психічнохворими клієнтами, залежно від їх категорій.

На основі використання наведеної вище моделі соціального супроводу були розроблені та апробовані рекомендації здійснення соціального супроводу клієнтами психіатричної лікарні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України – Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
2. Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 р. у редакції від 20 грудня 2018 р. № 1489-III // Законодавство України. – Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.
3. Закон України "Про соціальні послуги" від 17 січня 2019 р. № 2671-VIII // Законодавство України. – Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2671-19>.
4. Закон України "Про пробацію": від 21.12.2016. № 1798-VIII Редакція від 01.01.2020, підстава - 294-IX [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/160-19#Text>.
5. Наказ Міністерства України з питань молоді та спорту "Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України" від 09.09.2015 № 1965. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05#Text>.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.08.2017 №992 "Про затвердження Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги" [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1408-17#Text>.
7. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р Київ "Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року". Законодавство України. – Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1018-2017> .

8. Державний стандарт соціальної послуги натуральної допомоги. (проект). Міністерство соціальної політики України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/projects/520/>.
9. Юридична енциклопедія : у 6 т. / ред. кол. Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) та ін. — К. : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2003. — Т. 5 : П – С. – 736 с.
10. Барановська Л.М. Характеристика громадського психічного здоров'я в Україні (за даними статистики МОЗ України, ГУОЗ та МЗ КМДА)./ Барановська Л.М., Юрченко В.Д. / Психічне здоров'я. – 2003. – №1. – С.7-10.
11. Паспорт громадянина України [Електронний ресурс] / Державна міграційна служба України – Режим доступу : <https://dmsu.gov.ua/poslugi/pasport-gromadyanina-ukrajni.html>.
12. Оформлення паспорта громадянина України у формі картки (у разі обміну паспорта, замість втраченого або викраденого) [Електронний ресурс] Державна міграційна служба України – Режим доступу : <https://dmsu.gov.ua/poslugi/pasport-gromadyanina-ukrajni/id-oformlennya-pasporta-gromadyanina-ukrajni-u-formi-kartki-u-razi-obminu-pasporta-zamist-vtrachenogo-abo-vikradenogo.html>.
13. Новиков Е. Об отношении общества к психически больным (Этический анализ) / Новиков Е. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://razumru.ru/humanism/journal/33/novikov.htm>.
14. Гурович И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией./ Гурович И. Я., Кирьянова Е. М./ Социальная и клиническая психиатрия: – 1999 – № 3:С. 5–8.
15. Sayce L, Measey L. «Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems». Psychiatric Bulletin: Cambridge University Press 02.01.2018. С. 65-67. Перевод: Стратегии уменьшения социальной изоляции лиц с психическими расстройствами.

16. Некрасов М. А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья: автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук: спец. 14.00.18 "психиатрия"/ М.А. Некрасов. – М., 2008 – 53с.
17. Lawrie SM. «Stigmatisation of psychiatric disorder». *Psychiatric Bulletin: Cambridge University Press*: 02.01.2018, 129—131. Перевод: Стигматизация психического расстройства.
18. Мацумото Д. Психология и культура: Современные исследования /Мацумото Д. – [3-е изд]. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. – С. 88–89. – 416 с. – (Психологическая энциклопедия). – ISBN 5938780640.
19. Законодательство в области психического здоровья / Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Хельсинки, Финляндия, 12-15 января. [Электронный ресурс] – Режим доступа : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf.
20. Ястребов В. С. Правовые аспекты психиатрии// *Общая психиатрия* / Ястребов В.С., под ред. А. С. Тиганова. – Москва: 2006. – 193 с.
21. «Мониторинг психиатрических стационаров России – материалы к обсуждению». *Независимый психиатрический журнал* – 2004. – № 3. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/monitoring.htm>.
22. Савенко Ю.С. Защита прав пациентов психиатрических учреждений./ Савенко Ю.С. // *Независимый Психиатрический Журнал*. – 2005. – № 4. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2005/4/monitoring.htm>.
23. Визит делегации Международной хельсинкской федерации в Московскую психиатрическую больницу № 1 им. Н.А.Алексеева. *Независимый Психиатрический Журнал*. – 2004. – № 1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2004/1/monitoring.htm>.
24. Суатбаев Н.Р. Психиатрия социальная или манипулятивная?/ Суатбаев Н.Р.// *Независимый Психиатрический Журнал*. – 2006. – № 2.

- [Электронный ресурс] – Режим доступа:
<http://www.npar.ru/journal/2006/2/monitoring.htm>.
25. Казеннов Д. Заповедь врача и права пациента [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.npar.ru/news/trans-0910.htm>.
26. Глава 1. Контекст законодательства по охране психического здоровья. 6.1.2 Другие международные конвенции, относящиеся к охране психического здоровья // Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. — Женева: 2005. — С. 11–13. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.who.int/publications/list/9244562820/ru/>.
27. Миронов О. О соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами (специальный доклад) (16 июня 1999). [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901740556>.
28. Комментарий к статье 6 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/9003321>.
29. Stuart H (September 2006). «Mental illness and employment discrimination». *Curr Opin Psychiatry* **19** (5): 522–6. DOI:10.1097/01.уso.0000238482.27270.5d. PMID 16874128 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16874128/>.
30. Lilley D. Stop Stigma (The Expressway to Mental Health) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/The-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>. Перевод: Дискриминация лиц страдающих психическими расстройствами.
31. Monahan J. Risk Assessment of Violence Among the Mentally Disordered: Generating Useful Knowledge // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 1988. – № 11. – С. 250-251. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3061944/>.
32. Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике/ Полубинская С.В.//

- Независимый Психиатрический Журнал. – 2008. – № 1. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.npar.ru/journal/2008/1/monitoring.htm>.
33. Mullen PE Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies/Mullen PE // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. – № 12. – С. 239–248. Перевод: Шизофрения и агрессия: от статистических корреляций к методам профилактики.
34. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/2%2895%29/pages-6-10/konceptsiya-rozvitku-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya-v-ukrayini-na-period-do-roku#gsc.tab=0>.
35. Права осіб з проблемами психічного здоров'я 2017. Українсько-Гельсінська спілка з прав людини. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.
36. Роль та місце психосоціальної реабілітації в системі психіатричної допомоги. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/3%2838%29/article-636/rol-ta-misce-psihosocialnoyi-reabilitaciyi-v-sistemi-psihiatrichnoyi-dopomogigsc.tab=0>.
37. Шмуклер А.Б. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника /Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. // *Социальная и клиническая психиатрия*. М. – 1995. – Т. 5, вып. 3. – С. 97-101.
38. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение /Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П.// *Социальная и клиническая психиатрия*. М. – 1999. – Т.9, вып.4. – С. 49-52.
39. Психічне здоров'я – основа щасливого життя людини. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://bc-rada.gov.ua/node/9332>.
40. Дефект психіки. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://leksika.com.ua/15021001/legal/defekt_psihiki.

41. Київська міська психоневрологічна лікарня № 3 . Медичний портал Київської міської державної адміністрації. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://med.kyivcity.gov.ua/medportal/medview/181.html>
42. КНП Київська міська психоневрологічна лікарня № 3 виконавчого органу Київської міської ради. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://kmpnl3.lic.org.ua/opys-likarni/>.
43. Психічне здоров'я – основа щасливого життя людини. Броварський центр сімейної медицини [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://brovmedcentr.in.ua/2018/10/09>.
44. Релаксація – вікіпедія [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>.
45. Психолог – вікіпедія [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3>.
46. Психологічна травма та її вплив на особистість. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.hptu14.com.ua/pro-zaklad/kolektyv/psykholohichna-sluzhba/informatsiia-dlia-batkiv/504-psykholohichna-travma-ta-yiyi-vplyv-na-osobystist.html>.
47. Самооцінка – вікіпедія. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0>.
48. Ширманова Л. М. Психологическая помощь людям с невротическим синдромом самозванца. Интернет – издание – психологическая газета. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.psy.su/feed/4101/>.
49. Валерія Діденко, Леся Любченко, Юта Коргун. Як отримати психіатричну допомогу без порушення прав пацієнтів. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://arcua.org/psixeya/vipuski/de-yure.-yak-otrimati-psixiattrichnu-dopomogu-bez-porushennya-prav-pacientiv.html>.

ДОДАТОК А

Результати реалізації моделі соціального супроводу соціальним працівником на базі КМПНЛ № 3

За 2017 рік

Кількість осіб, яких було знищено паспорт громадянина України	Кількість осіб, яким було вклеїно фотокартки в паспорт громадянина України	Кількість осіб, яким було пройдено ідентифікацію особи	Кількість осіб, яким було відновлено/знайдено паспорт громадянина України	Кількість осіб, яким були зроблені картки банків	Кількість осіб, яким була призначена виплата пенсії/соціальної допомоги	Кількість осіб, яких було поміщено до будинку-інтернату	Кількість осіб, яким було відновлено картку платника податків	Кількість осіб, яких було змінено місце реєстрації
1	3	1	4	7	2	1	10	1
1	1	7	10	1	12	1	1	7
11	11	3	11	1	11	11	3	11

За 2017 рік:

Робота по відновленню та знайденню паспортів -4 (Клімов, Морюшкін, Сингаївський, Медведєв)

Вклейка фотокарток- 3 (Ткаліч, Левченко, Балацький)

Відновлення карток платників податків -10 (Мельничук, Балацький, Гнилицька, Морюшкін, Глушко, Сингаївський, Левченко, Стрельницький, Соросік, Орехова)

Знищення паспортів-1 (Крутьєв)

Відновлення, оформлення пенсій, або соціальних допомог- 2 (Бабінський, Пастернак)

Створення пакету документів та подальше поміщення до будинку-інтернату- 1 (Івашкіна)

Відкриття фінансових карток-7(Буглова, Мельничук, Сіндєєв, Балацький, Гнилицька, Морюшкін, Левченко)

Зняття з реєстрації – 1 (Івашкіна)

За 2018 рік:

Робота по відновленню та знайденню паспортів - 7 (Прилипко, Гаврилюк, Шородок, Морюшкін, Козак, Саленко, Серик)

Вклейка фотокарток- 1 (Линьов)

Відновлення карток платників податків -12 (Балабан, Годинський, Літвак, Олексієнко, Кравець, Коваленко, Прилипко, Бойко, Шородок, Бенько, Козак, Саленко)

Відновлення, оформлення пенсій, або соціальних допомог - 1(Глушко)

Відкриття фінансових карток – 10 (Ясінська, Годинський, Літвак, Олексієнко, Коваленко, Бойко, Шородок, Козак, Саленко, Линьов).

Ідентифікація осіб -1 (Орехова)

За 2019 рік:

Робота по відновленню та знайденню паспортів – 11 (Бабкіна, Стельмашук, Нечипоренко, Стельмахович, Рябов, Вонсович, Хвостенко, Луцевський, Максименко, Жолдак, Танасійчук)

Відновлення карток платників податків – 11 (Бабкіна, Вонсович, Рябов, Хвостенко, Максименко, Кравець, Новіков, Резнік, Жолдак, Коляда, Огірчук)

Відновлення, оформлення пенсій, або соціальних допомог –3 Кравець, Власенко, Вонсович)

Відкриття фінансових карток – 11 (Виштак, Бабкіна, Вонсович, Шородок, Хвостенко, Максименко, Кравець, Огірчук, Саленко, Стембковський, Власенко).

Зняття з реєстрації – 1 (Кравець)

Здійснення соціальної підтримки осіб з такою складною проблемою, якою є психічний розлад, залишається актуальною та посідає важливе місце в дослідженнях соціальної психології та соціальної роботи.

Так, за період роботи з 2017 р. по поточний період соціальним працівником КМПНЛ № 3 було проведено роботу в наступних напрямках:

відновлення/заміна/знищення/знайдення паспортів,

- вклейка фотокарток, зміна місця реєстрації, відновлення карток платників податків,

- оформлення / перевипуск банківських карток,

- призначення пенсії/ соціальної допомоги,

- проходження ідентифікації особи,

- поміщення до будинку-інтернату, та інші.

Для вирішення найбільш проблемних питань соціально-правового характеру пацієнтів, які перебувають на примусовому лікуванні в КМПНЛ № 3 соціальним працівником разом з юрисконсультом лікарні у період з 2017-2019 роки проведена колосальна робота і, як наслідок, досягнуті позитивні результати.

Найбільш яскравими прикладами є питання пацієнтів, які перебували і продовжують перебувати у цей період часу в КМПНЛ № 3, а саме:

- це поновлення пацієнта у цивільній дієздатності,
- відновлення паспорту громадянина України,
- отримання вперше паспорту громадянина України особою, яка є 1977

року народження і за життя ніколи не отримувала паспорт.

1. Пацієнт А

15 листопада 2018 року в КМПНЛ № 3 конвоєм Київського СІЗО був доставлений і станом на тепер перебуває “пацієнт А.”, без документу, що посвідчує особу, уродженець м. Києва на підставі ухвали Голосіївського районного суду м. Києва від 02.11.2018 року, підозрюваний у вчиненні суспільно небезпечного діяння, що підпадає під ознаки вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 115 КК України.

Зазначеною вище ухвалою до “пацієнта А.”, застосовано запобіжний захід, передбачений ст. 508 КПК України у виді поміщення останнього до психіатричного закладу в умови, що виключають його небезпечну поведінку

. Запобіжний захід Голосіївським районним судом неодноразово продовжувався.

Під час проведення досудового розслідування, через відсутність у “пацієнта А.”, документа, що посвідчує особу, слідчим по кримінальній справі була спроба отримати копію форми-1 на громадянина “пацієнта А.”, 17.05.1976 р.н., у Державній міграційній службі Голосіївського району м. Києва, за місцем реєстрації. Однак, через не отримання за життя “пацієнтом А.”, паспорту, слідчому було відмовлено.

Однією з підстав для госпіталізації та по подальшого перебування особи у психіатричному закладі, в якому, згідно судового рішення надаються примусові заходи медичного характеру є документ, що посвідчує особу(паспорт). Однак,

паспорт у пацієнта – відсутній, як і будь-яких документів про особу. Тому подальший рух щодо виконання судового рішення стає неможливим.

З часу доставки “пацієнта А.”, в КМПНЛ № 3, соціальний працівник одразу розпочав процедуру щодо відновлення паспорта “пацієнту А.”, через Васильківський районний відділ Державної міграційної служби України в Київській області, надавши заяву “пацієнта А.”, про отримання паспорта громадянина України.

Васильківський районний відділ Державної міграційної служби України в Київській області своїм листом від 10.01.2019 року № 20/66 повідомив керівництво КМПНЛ № 3 про те, що справу по втраті паспорта стосовно “пацієнта А.”, закрито через відсутність підтвердження отримання паспорта громадянина України “пацієнта А.”, в будь-якому територіальному підрозділі ДМС. Цим же листом були надані рекомендації КМПНЛ № 3 про наявну можливість Лікарні звернутися до суду щодо підтвердження факту постійного проживання “пацієнта А.”, на території України станом на 24 серпня 1991 рік та 13 листопада 1991 рік для оформлення належності останнього до громадянства України.

До застосування до “пацієнта А.”, запобіжного заходу у виді поміщення останнього до психіатричного закладу в умови, що виключають його небезпечну поведінку, “пацієнт А.”, проживав за адресою: м. Київ, пр.-т. Академіка Глушкова, **, кв.**** разом зі своєю матір’ю –*****, 16.05.1950 р.н., яка є на тепер – померлою. Інші близькі родичі у “пацієнта А.”, відсутні.

Для підтвердження належності “пацієнта А.”, до громадянства України, соціальним працівником та юрисконсультом КМПНЛ №3 була проведена фахова робота щодо збору та підготовки інформації та документів для можливості звернутися до суду з метою вирішення поставленого питання.

Після збору правового досьє на “пацієнта А.”, соціальним працівником і юрисконсультом лікарні була подана заява до суду про встановлення факту родинних відносин.

В судовому провадженні були досліджені факти, що мають юридичне значення для встановлення ступеню спорідненості “пацієнта А.”, з його, на тепер,

померлими близькими родичами першої та другої черги спорідненості та походження (народження) “пацієнта А.”, від нині померлих його батьків.

Враховуючи сучасні принципи й підходи набуття та припинення громадянства в законодавстві України, Громадянином України називається особа, яка набула громадянство України в порядку, передбаченому законами України й міжнародними договорами України. Так, коло осіб, які належать до громадянства України, визначено у ст. 3 Закону України «Про громадянство України». Відповідно до Закону, громадянами України є всі громадяни колишнього СРСР, які на момент проголошення незалежності України (24 серпня 1991 р.) постійно проживали на території України. Про належність до громадянства України таких осіб може вказувати наявність у паспортах громадянина колишнього СРСР для виїзду за кордон дати видачі згаданого паспорта – після 13 листопада 1991 р. або відмітки про прописку у внутрішньому паспорті, що підтверджує факт постійного проживання на території України станом на 24 серпня 1991 р та інші документи, які надавалися особі у той проміжок часу.

Таким чином, беручи до уваги Атестат про повну загальну середню освіту на ім'я “пацієнта А.”, який був виданий 20 червня 1995 року, можливо підтвердити факт постійного проживання “пацієнта А.”, 17.05.1977 р.н. на території України станом на 24 серпня 1991 рік та 13 листопада 1991 рік, для оформлення належності останнього до громадянства України.

Відповідно до Постанови Пленуму Верховного Суду України № 5 від 31.03.1995 р. «Про судову практику в справах про встановлення фактів, що мають юридичне значення» (зі змінами) визначено, що згідно з Положенням про порядок розгляду питань, пов'язаних з громадянством України, затвердженим Указом Президента України від 31 березня 1992 року, для вирішення заяв про належність до громадянства України може бути представлено рішення суду про встановлення факту родинних відносин.

Отже, для отримання паспорта громадянина України “пацієнтом А.”, який в даний час перебуває в КМПНЛ № 3 без будь-яких документів існувала лише єдина можливість звернення адміністрації КМПНЛ № 3 до суду з метою отримання

судового рішення про встановлення факту родинних відносин. Це надало можливість встановити юридичний факт про належність даної особи до громадянства України і підтвердити факт постійного проживання “пацієнта А.”, на території України станом на 24 серпня 1991 рік та 13 листопада 1991 рік і, як наслідок, було розпочато вдруге процедуру по отриманню “пацієнтом А.”, паспорту громадянина України. Після отримання рішення Васильківського суду соціальний працівник разом із “пацієнтом А.” та його тіткою зверталася до міграційної служби. Командою КМПНЛ №3 та відділом ДМС України було дотриману необхідну процедуру для первинної видачі паспорта., Таким чином, було первинно паспортизовано “пацієнта А.”.

2. Пацієнт Б

З 08.06.2017 року по теперішній час в КМПНЛ № 3 перебуває “Пацієнт Б”, інвалід II групи б/с, мешканець м. Києва, проходив примусове лікування .

Рішенням Красногвардійського районного суду м. Дніпропетровська від 08.02. 2000 року визнаний недієздатним.

Рішенням Шевченківського райвиконкому м. Києва від 26.09.2000 року опікуном недієздатного “Пацієнта Б”. було призначено рідну матір.

У 2008 році “Пацієнт Б”. вбив свою матір і, як наслідок, залишився без опікуна, через що втратив можливість користуватися належною йому пенсією.

Через психічну хворобу всі родичі від хворого відмовилися, тому бути його опікуном ніхто не бажає, а самостійно витратити належну йому пенсію, навіть на саме необхідне, хворий не має права, опікун-відсутній.

Через зміни в чинному законодавстві України, змінився порядок встановлення опікунства, коли особа визнається недієздатною терміном на два роки, а далі вирішується питання визнання особи недієздатною з урахуванням психічного стану особи на момент звернення.

За період часу, проведеного в лікарнях на примусовому лікуванні, пацієнт добросовісно виконував лікарські призначення і його психічний стан значно покращився. “Пацієнт Б” став почувати себе краще і на своє особисте переконання вважав, що хвороба відступила через що, на його думку, “Пацієнт Б”. почав

розуміти значення своїх дій і може особисто керувати ними. Зазначена обставина у відповідності з ч.3 ст.38 Цивільного кодексу України була підставою для поновлення “Пацієнта Б”. у цивільній дієздатності.

Розуміючи особисту проблему “Пацієнт Б”., а саме подальшого існування (після закінчення ПЗМХ) в статусі недієздатної особи та враховуючи бажання недієздатного і правові можливості чинного законодавства, адміністрацією КМПНЛ № 3 було прийнято рішення стосовно соціально-правової допомоги “Пацієнту Б”. в частині вирішення зазначеного вище питання в судовому порядку.

Враховуючи дію ст. 300 ЦПК (нова редакція), якою визначено право особи, визнаної недієздатною, безпосередньо звертатися до суду про скасування рішення про недієздатність. Нормою цієї ж статті встановлено максимальний строк дії судового рішення про визнання фізичної особи недієздатною у 2 роки.

Між тим, главами 2 та 10 Розділу ІУ ЦПК України (нової редакції) передбачена обов’язкова участь недієздатної особи безпосередньо або через відео конференцію, якщо особа перебуває у психіатричному закладі.

Відповідно до ст. 295 ЦПК України заява про визнання фізичної особи недієздатною та поновлення фізичної особи у дієздатності подається до суду за місцем проживання цієї особи, а якщо вона перебуває на лікуванні у наркологічному або психіатричному закладі – за місцезнаходженням цього закладу.

Соціальним працівником та юрисконсультком КМПНЛ № 3 були опрацьовані всі соціальні та юридичні аспекти та бажання недієздатного “Пацієнта Б”. Підготовлено пакет документів та заява від “Пацієнта Б”. і подані у Васильківський міськрайонний суд Київської області.

На першому етапі вирішення питання поновлення дієздатності, судом безпідставно було відмовлено у відкритті провадження та надано строк для виправлення недоліків.

Фахівцями КМПНЛ №3 була опрацьована судова ухвала про виправлення недоліків та прийнято рішення щодо необхідності надати суду доповнення до раніше наданої заяви “Пацієнта Б”з обґрунтуванням підстав щодо відкриття провадження по даній категорії справ.

Після проведення тривалої та кропіткої соціально-правової роботи соціальним працівником і юрисконсультком КМПНЛ № 3, провадження по справі відкрито і призначена судом амбулаторна судово-психіатрична експертиза.

3. Пацієнтка В

22.02.18 року в КМПНЛ № 3 була доставлена і перебувала по 06.03.19 року дієздатна громадянка “пацієнтка В”, 26.03.1982 р.н. Бабкіна К.В. була поміщена в КМПНЛ № 3 в умови, що виключають небезпечну поведінку, на підставі ст. 508 КК України, за скоєння суспільно-небезпечного діяння, яке підпадає під ознаки п.п. 1,2 ст. 115 КК України.

Під час скоєння злочину, що став причиною смерті двох неповнолітніх дітей, громадянка “пацієнтка В” позбулася всіх документів, а саме: документу, що посвідчує особу - паспорт, банківські картки, картки платника податків та інших.

Проаналізувавши соціально-правове становище з документами громадянки “пацієнтки В”. та враховуючи її особисте бажання, адміністрацією КМПНЛ №3 було прийнято рішення по відновленню всіх, раніше втрачених документів для подальшого перебування та фінансової незалежності в СЗНПД.

Соціальним працівником КМПНЛ № 3 було розпочато відновлення втраченого паспорта, підготовлено пакет документів для можливості звернення та подачі їх у Васильківський РВ ГУ ДМС України з метою подальшої ідентифікації особи.

Після отримання паспорта в формі Іd картки, соціальним працівником було замовлено та отримано дублікат картки платника податків (ідентифікаційного коду) “пацієнтки В”., ініційовано та проведено ряд поїздок до відділення Ощадбанку разом з пацієнткою для замовлення та отримання банківської картки, яка була передана її матері.

ДОДАТОК Б

Фото соціального працівника КМПНЛ №3 на роботі



ДОДАТОК В

Приймальне відділення КМПНЛ №3



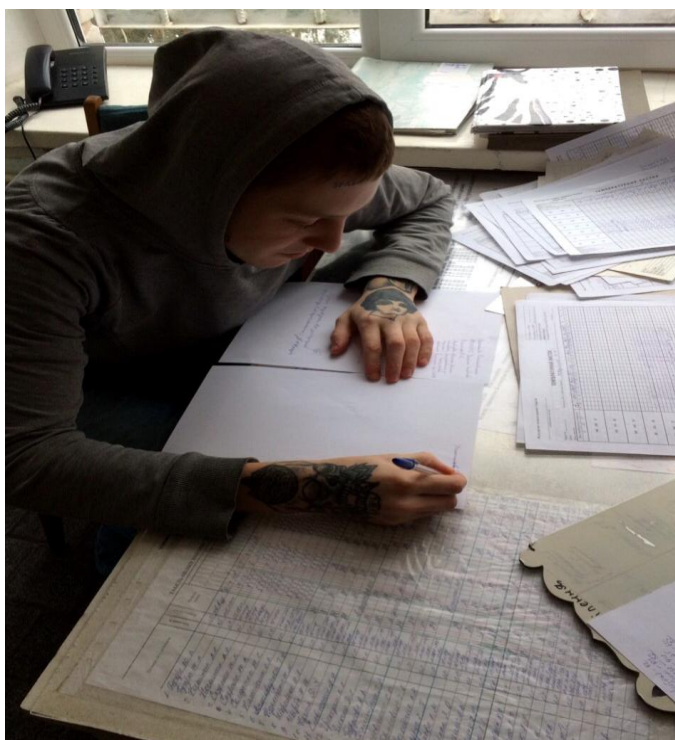
Умови перебування хворих, палата хворих примусового лікування



Наявність комп'ютерного класу разом із зоною WI-FI



Написання заяв пацієнтом примусового лікування згідно переліку для подальшої подачі їх соціальним працівником до Васильківського РВ ДМС України для відновлення раніше втраченого паспорта гр.України.

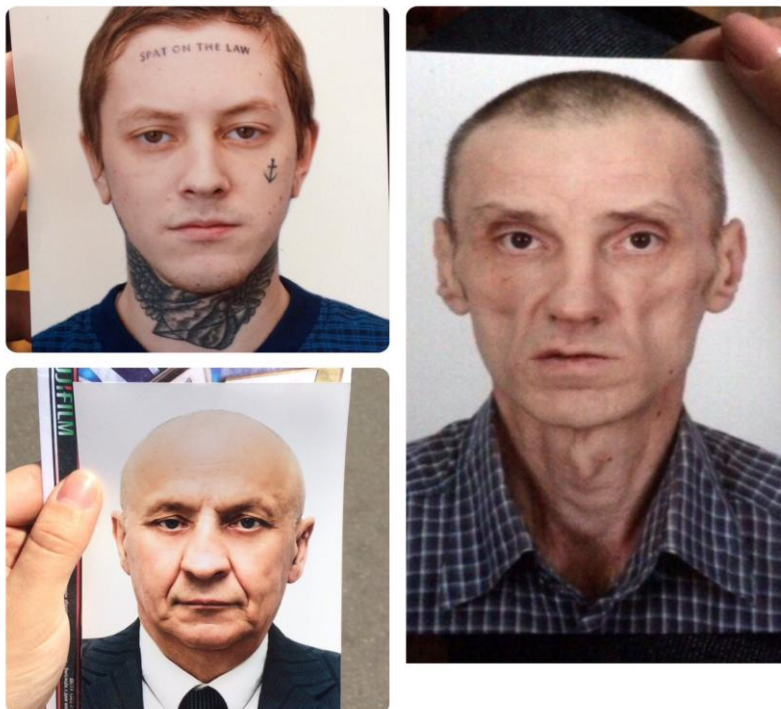


Соціальним працівником запрошено фотографа для суспільно-небезпечного пацієнта через неможливість його транспортування.



Додаток 9

Отримання фотокарток пацієнтів соціальним працівником



Вивчення алфавіту недієздатним хворим. В ролі вчителя виступає соціальний працівник Смола Т.С.



Виїзд соціального працівника разом із пацієнтом КМПНЛ №3 в супроводі молодшого медичного працівника до Глевахівського відділення Приват-банку. Мета - відновлення втрачених карток банку.



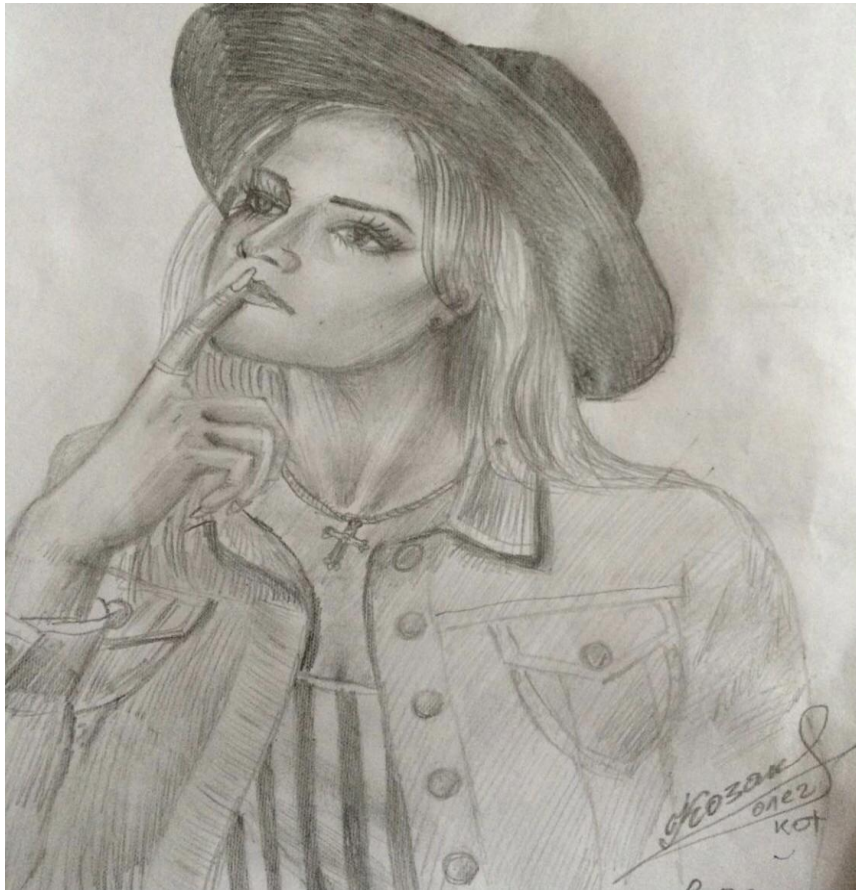
Виїзд соціального працівника разом із пацієнтом до управління соціального захисту Шевченківського району міста Києва.



Організація дозвілля соціальним працівником пацієнтці геронтологічного відділення. На фото пацієнтка майструє ляльку-мотанку.



Арт-терапія. Творчість пацієнта примусового лікування, а також подарунок соціальному працівнику з нагоди 8 березня.



ДОДАТОК Г

Посадові інструкції соціального працівника Київської міської психоневрологічної лікарні №3 в смт. Глеваха (надалі КМПНЛ №3)

На початковому етапі клієнт Київської міської психоневрологічної лікарні №3 в смт. Глеваха (надалі КМПНЛ №3) проходить первинну оцінку, завданнями якої є: визначення запитів пацієнта та потреб у проведенні реабілітаційних заходів, з'ясування реабілітаційних ресурсів і встановлення терапевтичного альянсу.

Завдання та обов'язки соціального працівника, що зазначені у посадовій інструкції лікарні:

1. Застосування на практиці нормативно-правових актів з питань надання соціальних послуг пацієнтам, які потрапили в складні життєві обставини і на даний час перебувають на стаціонарному лікуванні в КМПНЛ №3 у відділеннях №2,3,4,5.

2. Вирішення питання соціального захисту і підтримки пацієнтів з психічними розладами.

3. Надання допомоги в установленні соціального статусу пацієнта.

4. Проведення соціального обстеження (сімейних відносин, побутових умов, трудової діяльності пацієнтів).

5. Складання соціальних характеристик пацієнтів, надання допомоги в налагодженні сімейних відносин та взаємодії з оточуючими.

6. Співпраця з органами та установами охорони здоров'я, соціального захисту населення та іншими громадськими організаціями з метою організації надання допомоги соціально незахищеним пацієнтам з психічними розладами.

7. Організація заходів щодо реабілітації, соціальної адаптації пацієнтів.

8. Дотримання принципів етики та деонтології при співпраці з пацієнтами КМПНЛ.

9. Представлення та захист інтересів пацієнтів на підприємствах, установах і організаціях, що допомагає у вирішенні проблемних соціальних питань.

10. Надання консультацій, методичної допомоги з питань організації та надання соціальних послуг за запитами та зверненнями громадян і посадових осіб підприємств, установ та організацій.

11. Розгляд листів, заяв, скарг та у встановленому порядку надання відповідей.

12. Надання необхідних консультацій із соціальних питань.

13. Знання, розуміння та застосування діючих нормативно-правових документів, що стосуються соціального працівника.
14. Невідкладно інформувати головного лікаря про складні та надзвичайні ситуації, які виникають в ході професійної діяльності.
15. Забезпечення конфіденційності при виконанні своїх посадових обов'язків.
16. Дотримання стандартів якості.
17. Здійснення соціального супроводу для самостійного розв'язання життєвих проблем, що виникають у пацієнтів, з метою мінімізації негативних наслідків або повного подолання складних життєвих обставин у психічно хворого.
18. Злучення до співпраці, за їх згодою, спеціалістів з різних сфер діяльності (працівників медичних закладів, закладів соціального захисту, релігійних установ).
19. Постійно підвищувати свій професійний рівень, оволодівати інформаційними формами, методами і технологіями соціальної роботи, набувати знань та навичок щодо форм та методів взаємодії із громадськими організаціями.
20. Впроваджувати нові технології та методи реабілітації пацієнтів.
21. Підвищувати свій професійний рівень.
22. Дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку і здоров'я оточуючих в процесі виконання професійних функцій під час перебування на території закладу.
23. Знати і виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, при необхідності вміти користуватися засобами колективного та індивідуального захисту.
24. Проходити у встановленому законодавством порядку періодичні медичні огляди.

Соціальний працівник має такі права:

1. Має право вживати дії для запобігання та усунення випадків будь-яких порушень або невідповідностей.

2. Має право отримувати передбачені законодавством соціальні гарантії.
3. Вимагати створення у виконанні своїх посадових обов'язків і здійсненні прав.
4. Вимагати створення організаційних умов, необхідних для виконання посадових обов'язків.
5. Знайомитися з проектами документів, що стосуються його діяльності.
6. Підвищувати свою професійну кваліфікацію.
7. Повідомляти про виявлені в процесі роботи порушення і невідповідності, вносити пропозиції для їх усунення.
8. Знайомитися з документами, що визначають права і обов'язки за займаною посадою, критерії оцінки якості виконання посадових обов'язків.
9. Має право на захист професійної честі, гідності, ділової репутації, в тому числі і в судовому порядку.
10. Користуватися всіма правами, пільгами та іншими соціальними гарантіями, передбаченими законодавством України.

Відповідальність соціального працівника згідно посадової інструкції:

1. Соціальний працівник несе відповідальність згідно з чинним законодавством за неякісне або несвоєчасне виконання посадових обов'язків та завдань, порушення ним Правил внутрішнього трудового розпорядку КМПНЛ №3.
2. За збереження і нерозповсюдження наданої в його розпорядження службової інформації, отриманої для реалізації своїх функціональних обов'язків.
3. За невиконання розпоряджень, наказів, доручень головного лікаря.
4. За порушення законів та інших нормативно-правових актів про охорону праці, створення перешкод у діяльності посадових осіб органів державного нагляду за охороною праці, а також представників профспілок, їх організацій та об'єднань, винна особа може бути притягнута до відповідальності, передбаченої чинним законодавством України.
5. Несе відповідальність за порушення, скоєні в процесі своєї діяльності, в межах, встановлених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством.

Соціальний працівник в КМПНЛ №3 повинен знати:

- Законодавство України з питань соціальної політики.
- Законодавство у сфері надання послуг.
- Основи етики та професійного спілкування.
- Зміст, форми, методи та порядок надання послуг пацієнтам, які опинились в складних життєвих обставинах та на даний час проходять стаціонарне лікування в умовах КМПНЛ №3.

- Методи і форми надання соціальної рботи зі спеціальними групами пацієнтів.

- Основи психології.
- Основи медичних та гігієнічних знань.
- Основи права, норми охорони праці та виробничої санітарії.
- Діловодство.
- Основи сімейного, житлового, кримінального, цивільного та трудового законодавства України.

- Нормативні, методичні та інші розпорядчі документи та матеріали, які регламентують організацію соціальної роботи.

- Порядок та організацію юридичної допомоги та піклування, опіки, догляду, соціальної реабілітації.

- Методи та засоби пропагування здорового способу життя.

Кваліфікаційні вимоги до соціального працівника згідно посадової інструкції КМПНЛ №3:

1. Соціальний працівник I категорії: базова або неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (бакалавр або молодший спеціаліст). Стаж роботи за професією соціального працівника – не менше року.

2. Соціальний працівник II категорії: базова або неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (бакалавр або молодший спеціаліст): для бакалавра – без вимог до стажу роботи, молодшого спеціаліста- стаж роботи за професією соціального працівника – не менше 2 років.

3. Соціальний працівник: неповна вища освіта відповідного напрямку підготовки (молодший спеціаліст) без вимог стажу роботи.

Взаємовідносини з посадою:

- Соціальний працівник підпорядковується головному лікарю КМПНЛ №3.

- Під час виконання службових обов'язків соціальний працівник взаємодіє: з головним лікарем КМПНЛ №3, з керівниками структурних підрозділів КМПНЛ №3, заступником головного лікаря з медичних питань.

- З метою забезпечення своєчасного виконання завдань, чкі потребують оперативного вжиття відповідних заходів, посадові особи КМПНЛ №3 зобов'язані невідкладно надавати необхідні матеріали (інформацію) на вимогу соціального працівника КМПНЛ №3.