

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.П. ДРАГОМАНОВА

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ НАУК ТА УПРАВЛІННЯ

МІЖНАРОДНИЙ БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД  
«АЛЬЯНС ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

# ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВРАЗЛИВИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕНДЕРНО-ЧУТЛИВОГО ПІДХОДУ

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК**  
**для**  
**курсів підвищення кваліфікації фахівців,**  
**які надають соціально-медичні послуги**

Київ-2017

УДК 156.234.1.:316.454.54

ББК 88.5я.65

П 87

Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням ґендерно-чутливого підходу: Навч. посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017 – 112 с.

**Авторський колектив:** *Ярошенко А.О.*, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри соціальної політики Факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 1.1, 4.2); *Варбан М.Ю.*, кандидат психологічних наук, менеджер розвитку ресурсів технічної допомоги МБФ «Альянс громадського здоров'я» (передмова, підрозд. 3.2, 5.3,); *Шульга Л.О.*, магістр громадського здоров'я Оксфордського університету, керівник відділу технічної допомоги МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (підрозд. 3.1, 3.3); *Патинок О.П.*, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри соціальної політики факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 6.4); *Романова Н.Ф.*, кандидат педагогічних наук, доцент Школи соціальної роботи ім. В.І. Полтавця Національного університету «Києво-Могилянська академія» (підрозділ 1.2, 1.3, 2.3, 4.1); *Ляднева А.В.*, викладач кафедри соціальної політики факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 2.1, 2.2); *Валова Л.М.*, тренер МБФ «Альянс громадського здоров'я» (підрозд. 5.1, 5.2, 6.3); *Гайдук С.Г.*, тренер МБФ «Альянс громадського здоров'я» (підрозд. 6.1, 6.2).

#### **Рецензенти:**

*Буяшенко В.В.*, доктор філософських наук, професор, ректор Академії праці, соціальних відносин та туризму Федерації професійних спілок України;

*Євтух В.Б.*, доктор історичних наук, професор, декан факультету соціально-психологічних наук та управління Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

**Рекомендовано до друку Вченою радою Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (протокол засідання Вченої ради №15 від 23 червня 2016 р.)**

Навчальний посібник може використовуватися на курсах підвищення кваліфікації фахівців, які надають соціально-медичні послуги, та для підготовки студентів ВНЗ за спеціальностями «Психологія», «Медична психологія», «Соціальна робота», «Управління соціальними закладами», а також може бути корисним для співробітників неурядових організацій та лікувально-профілактичних закладів, що надають послуги з профілактики, діагностики та лікування соціально небезпечних захворювань.

# ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	5
<b>РОЗДІЛ 1. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ</b> .....	8
1.1. Сучасна стратегія розвитку соціальної роботи в Україні .....	8
1.2. Децентралізація влади та її вплив на систему соціальних послуг для осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах .....	14
1.3. Законодавче підґрунтя реформування системи соціальних послуг.....	19
Питання для перевірки знань.....	23
Завдання для індивідуальної роботи.....	24
Література для поглибленого вивчення .....	24
<b>РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ</b> .....	26
2.1. Визначення отримувачів соціальних послуг (клієнтів соціальної роботи) .....	26
2.2. Основи стратегічного планування соціальних послуг .....	28
2.3. Механізми моніторингу, оцінка потреб у послугах та контроль якості надання соціальних послуг .....	36
Питання для перевірки знань.....	39
Завдання для індивідуальної роботи.....	39
Література для поглибленого вивчення .....	40
<b>РОЗДІЛ 3. МОДЕЛІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ НАСЕЛЕННЯ</b> .....	42
3.1. Громадське здоров'я в Україні.....	42
3.2. Визначення вразливих категорій населення .....	46
3.3. Соціально-медичні послуги для вразливих категорій населення... 50	
Питання для перевірки знань.....	53
Завдання для індивідуальної роботи.....	53
Література для поглибленого вивчення .....	54

<b>РОЗДІЛ 4. МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ ЩОДО НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</b> .....	55
4.1. Основні теоретичні аспекти міжсекторальної співпраці у соціальній сфері.....	55
4.2. Соціальне партнерство та його роль у формуванні міжсекторальної співпраці у процесі надання соціальних послуг .....	60
Питання для перевірки знань.....	63
Завдання для індивідуальної роботи.....	63
Література для поглибленого вивчення .....	63
Інформаційні ресурси .....	64
<b>РОЗДІЛ 5. ЗАСТОСУВАННЯ ҐЕНДЕРНОГО ПІДХОДУ В СУЧАСНІЙ СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ З ВРАЗЛИВИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА ОХОРОНІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b> .....	65
5.1. Гендерна рівність — ціль сталого розвитку .....	65
5.2. Поняття «гендер» .....	68
5.3. Гендерні міфи та стереотипи .....	71
Питання для перевірки знань.....	82
Завдання для індивідуальної роботи.....	82
Література для поглибленого вивчення .....	83
<b>РОЗДІЛ 6. ҐЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</b> .....	84
6.1. Гендерно-чутливі та гендерно-перетворюючі послуги.....	84
6.2. Особливості запровадження гендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення.....	88
6.3. Консультування та інформування отримувачів послуг з урахуванням гендерно-чутливого підходу .....	94
6.4. Етика застосування гендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення .....	95
Питання для перевірки знань.....	103
Завдання для індивідуальної роботи.....	103
Література для поглибленого вивчення .....	104
<b>ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК</b> .....	106
<b>ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК</b> .....	110
<b>ДОДАТОК. ВСЕУКРАЇНСЬКА МЕРЕЖА ЦЕНТРІВ ҐЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ НА БАЗІ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ</b> .....	111

# ПЕРЕДМОВА

Європейський вектор розвитку, наближення до Європейського союзу (ЄС) та відповідних стандартів соціального та медичного обслуговування є незворотною перспективою для України, яка підкреслила це, ратифікуючи Угоду про асоціацію з ЄС. Задля цього в Україні запроваджено низку реформ. Однією з ключових є реформа місцевого самоврядування та територіальної організації влади, яка має на меті підвищення якості життя людини шляхом створення ефективної системи управління і забезпечення сталого територіального розвитку. Суть реформи полягає у розмежуванні повноважень між органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, удосконаленні взаємодії між ними, подоланні невідповідності повноважень органів місцевого самоврядування їхнім зобов'язанням та завданням. Також йдеться про передачу ряду повноважень на місця, посилення організаційної та фінансової самостійності сільських, селищних чи міських територіальних громад.

Розпочата також модернізація діючої інфраструктури системи надання соціальних послуг в Україні, яка передбачає проведення деінституалізації існуючої мережі соціальних установ та закладів та зміну механізму фінансування галузі — з підтримки інституційних закладів на фінансування конкретних послуг.

Зокрема, набирає обертів реформа охорони здоров'я, яка передбачає структурну реорганізацію всієї системи (наприклад, функціональне та структурне переформатування системи надання первинної допомоги через створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги), оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я, відпрацювання нових фінансових механізмів, включаючи обов'язкове медичне страхування, а також розбудову системи громадського здоров'я.

Все це має забезпечувати рівний доступ населення до соціальних послуг та медичної допомоги належної якості.

Останнім часом в Україні набуває все більшої популярності та зацікавленості проблема утвердження ґендерної рівності. Наша країна досягла значного прогресу у вивченні та осмисленні ґендерної проблематики. Нинішня державна політика орієнтується на створення рівних можливостей для жінок і чоловіків, при цьому вона проводиться з урахуванням міжнародних документів, підписаних Україною. ООН та міжнародні, зокрема європейські, інституції розглядають питання ґендерної рівності як один із пріоритетів розвитку людства. На сучасному етапі ґендерна рівність прийнята ООН як одна з цілей сталого розвитку людства до 2030 року. Країни Європи

сьогодні пришвидшеними темпами переводять у практичну площину давно задекларовані положення щодо розширення можливостей жінок. Їхня рівна участь в усіх сферах життя суспільства є одним з найголовніших чинників економічного та соціального розвитку. Наприклад, у багатьох країнах Європи жінки займають численні урядові посади, а також досягнуто паритетне представництво чоловіків і жінок у парламентах.

Варто зазначити, що в сфері надання соціальних послуг та медичної допомоги нерівні ґендерні стосунки між людьми призводять до виникнення багатьох соціальних проблем. Тому в системі надання медичних і соціальних послуг в Україні необхідним є запровадження ґендерно-орієнтованого підходу, включаючи відповідне бюджетування, що сприятиме забезпеченню рівного доступу жінок та чоловіків до якісних медичних і соціальних послуг.

Для успішного розгортання реформ в Україні необхідно готувати висококваліфікованих фахівців, які орієнтуватимуться в інноваціях, підтримуватимуть міжсекторальну співпрацю та втілюватимуть у життя ґендерний підхід до надання якісних медичних і соціальних послуг.

Навчальний посібник «Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням ґендерно-чутливого підходу» – одна з перших публікацій, в якій розглядаються особливості соціальної роботи в умовах децентралізації влади і реформування різних галузей, висвітлюється необхідність застосування ґендерного підходу в соціальній роботі з уразливими категоріями населення та охороні громадського здоров'я.

Усі матеріали даного посібника, пройшли апробацію під час проведення у 2016 році курсів підвищення кваліфікації в рамках проекту Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я» на тему «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних ґендерно-чутливих інтервенцій зі зменшення шкоди в Україні», який фінансується організацією «Французька міжнародна експертиза ініціатива 5% (Expertise France 5% Initiative)». Слухачами курсів були 184 фахівці-практики різних спеціальностей (соціальні працівники, психологи, фахівці Кримінально-виконавчої інспекції, лікарі, медичні сестри тощо) – представники мультидисциплінарних команд, які працюють з уразливими групами населення. Курс отримав схвальні відгуки слухачів.

У роботі над навчальним посібником узяли участь викладачі факультету соціально-психологічних наук та управління Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова та фахівці «Альянсу громадського здоров'я»: Ярошенко А.О., доктор філософських наук, професор, заступник декана факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ

ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 1.1, 4.2); Варбан М.Ю., кандидат психологічних наук, менеджер розвитку ресурсів технічної допомоги МБФ «Альянс громадського здоров'я» (передмова, підрозд. 3.2, 5.3.); Шульга Л.О., магістр громадського здоров'я Оксфордського університету, керівник відділу технічної допомоги МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (підрозд. 3.1, 3.3); Патинок О.П., кандидат психологічних наук, доцент факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 6.4); Романова Н.Ф., кандидат педагогічних наук, доцент факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозділ 1.2, 1.3, 2.3, 4.1); Ляднева А.В., викладач кафедри соціальної політики факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова (підрозд. 2.1, 2.2); Валова Л.М., тренер МБФ «Альянс громадського здоров'я» (підрозд. 5.1, 5.2, 6.3); Гайдук С.Г., тренер МБФ «Альянс громадського здоров'я» (підрозд. 6.1, 6.2).

Колектив авторів висловлює щирю подяку рецензентам, відомим науковцям та управлінцям системи вищої освіти: Буяшенко В.В., доктору філософських наук, професору, ректору Академії праці, соціальних відносин та туризму Федерації професійних спілок України; Євтуху В.Б., доктору історичних наук, професору, декану факультету соціально-психологічних наук та управління Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

# РОЗДІЛ 1.

## СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

- 1.1. Сучасна стратегія розвитку соціальної роботи в Україні
  - 1.2. Децентралізація влади та її вплив на систему соціальних послуг для осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах
  - 1.3. Законодавче підґрунтя реформування системи соціальних послуг  
Питання для перевірки знань  
Завдання для індивідуальної роботи  
Література для поглибленого вивчення
- 

### 1.1. Сучасна стратегія розвитку соціальної роботи в Україні

Процес становлення професійної соціальної роботи в Україні триває від початку проголошення її незалежності у 1991 році. Проте, справжнім досягненням інституціоналізації соціальної роботи науковці та практики соціальної сфери вважають перехід до формування системи надання соціальних послуг для осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах. Вперше про необхідність запровадження системи соціальних послуг на державному рівні було згадано у Постанові Верховної Ради України «Про доповідь Президента України «Шляхом радикальних економічних реформ. Про основні засади економічної та соціальної політики»» (1994). Однак, системне реформування цієї сфери розпочалось у 2001 році після прийняття національної «Стратегії подолання бідності»<sup>1</sup>, в якій були визначені основні напрями реформи, спрямовані на поглиблення адресності державної соціальної допомоги та розширення доступності до отримання соціальних послуг для груп ризику тощо.

---

<sup>1</sup> Ропорядження Кабінету Міністрів України від 16 березня 2016 р. № 161-р «Про схвалення Стратегії подолання бідності». Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/161-2016-%D1%80>



Надалі становлення системи соціальних послуг забезпечувалося прийняттям ряду нормативних актів, серед яких: Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» (2001 р.), «Про соціальні послуги» (2003 р.)<sup>2</sup>, «Концепція реформування системи соціальних послуг» (2007–2012 рр.), «Стратегія реформування системи надання соціальних послуг» (2012 р)<sup>3</sup> тощо. Впродовж цього періоду соціальні послуги надавалися Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) та їхніми спеціалізованими формуваннями, підпорядкованими Міністерству сім'ї, молоді та спорту України.

Після зміни підпорядкування Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та їхнього включення до мережі соціальних закладів Міністерства соціальної політики України (2011–2012 рр.) було визначено нові види соціальних послуг, які охопили усі вразливі категорії населення, у тому числі й людей похилого віку та невиліковно хворих. До таких послуг відносяться:

- догляд (вдома, стаціонарний, денний);
- підтримане проживання;
- паліативно-хоспісний догляд;
- послуги з улаштування до сімейних форм виховання;
- соціальна адаптація;
- соціальна інтеграція та реінтеграція;
- абілітація, соціальна реабілітація;
- надання притулку;
- кризове та екстрене втручання;
- консультування;
- соціальний супровід/патронаж;
- представництво інтересів;
- соціальна профілактика;
- медіація<sup>4</sup>.

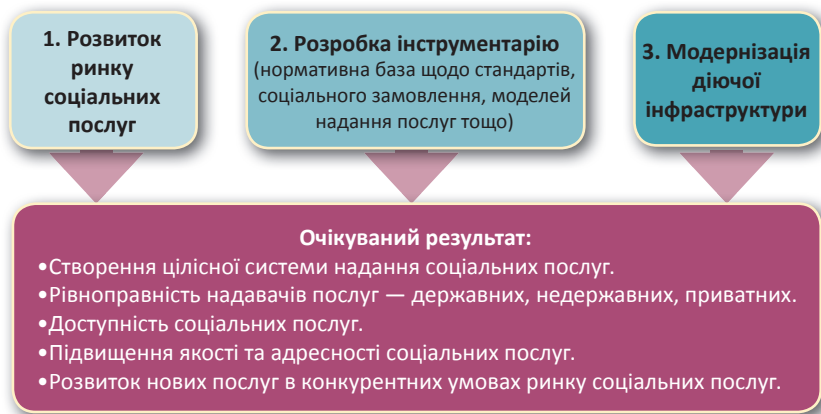
Відповідно, постала необхідність розробити нову Стратегію розвитку системи соціальних послуг в Україні (на період до 2022 року). Головною метою цієї Стратегії визначається забезпечення прав і свобод осіб/сімей та сімей з дітьми, незалежно від їхнього місця проживання, на отримання

<sup>2</sup> Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/966-15>

<sup>3</sup> Ропорядження Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2012 р. № 556-р «Про схвалення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг». Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80>

<sup>4</sup> Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» № 537 від 03.09.2012 р. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12>

гарантованих державою соціальних стандартів шляхом поетапного забезпечення доступності та якості соціальних послуг. Окрім цього, передбачається запровадження механізму соціального замовлення для посилення конкуренції серед суб'єктів, що надають соціальні послуги, та механізмів стимулювання підвищення якості послуг та фінансування соціальних послуг за принципом «гроші йдуть за отримувачем послуг». Основні напрями реформування представлено на рис. 1.



**Рис. 1. Напрями реформування системи соціальних послуг в Україні**

**Розвиток ринку соціальних послуг** передбачає запровадження механізму адміністрування соціальних послуг, покращення якості соціальних послуг та розвиток недержавного сектору.

*Запровадження механізму адміністрування соціальних послуг* відбуватиметься шляхом:

- затвердження єдиного (базового або мінімального пакету) переліку соціальних послуг;
- визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах;
- затвердження переліку пріоритетних соціальних послуг;
- розробки регіональних програм розвитку системи надання соціальних послуг;
- раннього виявлення складних життєвих обставин (СЖО);
- створення інформаційно-аналітичної системи надання соціальних послуг.

*Покращення якості соціальних послуг* здійснюватиметься через:

- інформування населення про соціальні послуги;
- впровадження державних стандартів соціальних послуг;
- визначення критеріїв діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги;
- запровадження технології ведення випадку та оцінки потреб;
- запровадження механізму моніторингу та контролю якості соціальних послуг.

*Розвиток недержавного сектору* включатиме в себе:

- запровадження механізму соціального замовлення;
- запровадження методики визначення вартості соціальних послуг;
- запровадження механізму фінансування соціальних послуг за принципом «гроші йдуть за отримувачем соціальних послуг»;
- запровадження механізму приватного партнерства.

**Розробка інструментарію реформи** стосуватиметься питань удосконалення нормативних актів, положень, моделей організації роботи тощо. Законодавчим підґрунтям реформи системи надання соціальних послуг є низка розроблених та прийнятих нормативно-правових актів, зокрема: внесення змін до Законів України «Про соціальні послуги», «Про об'єднання громадян» та «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», затвердження «Стратегії реформування системи надання соціальних послуг та відповідного плану заходів на період 2013–2016 років із її реалізації»<sup>5</sup>.

**Модернізація діючої інфраструктури системи надання соціальних послуг** в Україні передбачає проведення деінституалізації існуючої мережі, оскільки значний період часу соціальні установи та заклади були підпорядковані різним міністерствам і відомствам, що обумовлювало відсутність єдиного підходу до їхнього фінансування. Так, видатки на стаціонарні заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, визначаються структурою населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, водночас як видатки для закладів, які знаходяться в управлінні Міністерства соціальної політики України та Міністерства освіти і науки України, — кількістю осіб, що перебувають у цих закладах, або кількістю осіб, які отримують від них послуги.

---

<sup>5</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України №208-р від 13.03.2013.

Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/208-2013-%D1%80>

Інституційна неузгодженість стаціонарних установ системи соціального захисту призводить до того, що вони не надають якісних послуг, адже бюджетні кошти спрямовуються на утримання державних соціальних закладів, а не на потреби отримувачів соціальних послуг. Фінансування установ стаціонарного типу здійснюється в розрахунку на одну особу, а не на конкретну послугу споживача. Відтак, однією з нагальних потреб на шляху до надання якісної соціальної послуги є відмова від усталених інститутів догляду та підтримка осіб, які опинились в складних життєвих обставинах.

Наступним важливим кроком модернізації діючої системи надання соціальних послуг є *оптимізація діючої мережі соціальних закладів* шляхом:

- оптимізації структури територіальних центрів соціального обслуговування;
- запровадження нових методів роботи, таких як мультидисциплінарна команда, аутсорсинг послуг<sup>6</sup>, тощо;
- розвитку інноваційних послуг (догляд паліативних хворих чи осіб з психічними захворюваннями в домашніх умовах тощо);
- розвитку навчально-трудова майстерень;
- створення філій закладів для безпритульних тощо.

Значна увага приділена питанням кадрового потенціалу в умовах модернізації системи надання соціальних послуг, оскільки процеси децентралізації влади в Україні суттєво вплинули на засади реалізації соціальної політики країни, зобов'язавши відмовитись від звичного дотаційного характеру соціального забезпечення категорій осіб, що потрапили у складні життєві обставини. Така зміна стратегії менеджменту соціальної політики призводить не лише до вироблення інноваційних підходів в роботі, але й потребує зміни світогляду фахівця соціальної сфери, адже від його професійної компетенції залежить життя та благополуччя людей. Відтак, реформування системи соціальної допомоги вимагає проведення паралельної реформи системи підготовки фахівців з соціальної роботи, розроблення та затвердження програм підвищення кваліфікації соціальних працівників, запровадження нових підходів щодо підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації соціальних працівників.

Таким чином, процес успішної реалізації даної Стратегії залежить від двох головних умов: правового регулювання формування системи соціальних послуг шляхом розробки положень, механізмів, інструкцій та фінансової децентралізації установ і закладів, що надають соціальні послуги (рис. 2).

---

<sup>6</sup> Аутсорсинг послуг – передача виконавцем соціальної послуги або частини її завдань або процесів стороннім організаціям на умовах субпідряду.



**Рис. 2. Умови реалізації Стратегії розвитку системи соціальних послуг в Україні на період до 2020 року**

Процес правового регулювання формування системи соціальних послуг забезпечується за рахунок розробки дієвих актів, що регулюють діяльність суб'єктів, які надають соціальні послуги, незалежно від форм їхньої власності, зокрема:

- розробка нової редакції Закону України «Про соціальні послуги» та внесення відповідних змін до низки законів, які забезпечують дотримання європейських стандартів якості надання соціальних послуг;
- прийняття низки актів, з метою визначення критеріїв діяльності суб'єктів, які надають соціальні послуги;
- перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах;
- здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів;
- визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах;
- моніторинг та оцінка якості надання соціальних послуг тощо;
- запровадження стандартизації соціальних послуг з метою регламентування технологічного процесу надання мінімального або базового переліку соціальних послуг.

Зауважимо, що саме питання децентралізації фінансування установ та закладів, що надають соціальні послуги в Україні, має стратегічне значення для подальшого розвитку соціальної роботи.

## 1.2. Децентралізація влади та її вплив на систему соціальних послуг для осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах

Децентралізація влади — це передача значних повноважень та бюджетів від державних органів місцевому самоврядуванню. Це сприятиме тому, що більше повноважень матимуть ті органи, які знаходяться ближче до людей, що дасть можливість реалізовувати такі повноваження найбільш успішно.

Необхідність здійснення децентралізації влади зумовлена рядом факторів. Серед найважливіших — ресурсна неспроможність більшості органів місцевого самоврядування здійснювати власні та делеговані повноваження щодо надання соціальних послуг. Ситуація ускладнювалась помітною неузгодженістю місцевої політики щодо соціально-економічного розвитку з реальними інтересами територіальних громад. Ці причини вимагали оперативного вирішення, що стало підґрунтям для початку реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, яке офіційно розпочалося з прийняттям у 2014 р. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні»<sup>7</sup>.

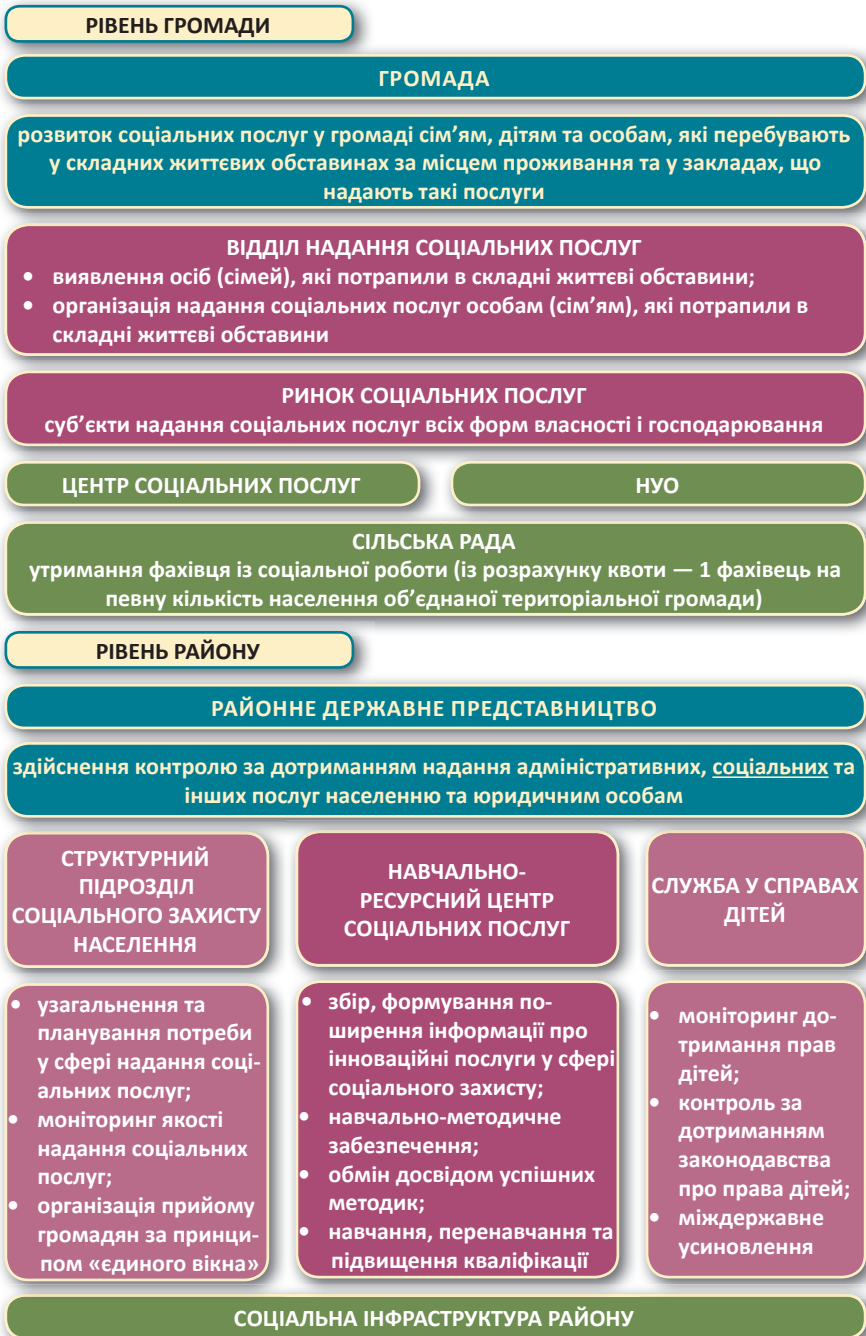
Основна мета даної Концепції – визначення напрямів та механізмів ефективного місцевого самоврядування та територіальної організації влади для місцевої громади, створення нової системи надання якісних та доступних соціальних послуг; сприяння розвитку інститутів громадянського суспільства та узгодження інтересів держави й територіальних громад залежно від потреб її громадян.

Для пришвидшення процесу децентралізації з 1 січня 2015 р. були внесені зміни до Бюджетного Кодексу України, у результаті чого частина доходів місцевих громад, які перед тим залучалися до державного бюджету, почали залишатися на місцевому рівні.

Реформовану систему надання соціальних послуг представлено на рис. 3.

Після завершення реформи планується формування чіткого територіально-адміністративного устрою за типом «громада-район-регіон»; на кожному із цих рівнів діятиме місцева влада, яка буде більш незалежною у прийнятті рішень у межах своїх повноважень; виконавчі органи районних

<sup>7</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні» №333-р. від 01.04.2014. Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>



**Рис. 3. Модель реформованої системи надання соціальних послуг в контексті територіальної організації влади в Україні**

та обласних рад матимуть право самостійно визначати, якою має бути соціальна інфраструктура у їхній громаді та мінімальний пакет безкоштовних соціальних послуг.

Серед інших пріоритетів: надання високоякісних та доступних публічних соціальних послуг; становлення інститутів прямого народовладдя; задоволення інтересів громадян в усіх сферах життєдіяльності на відповідній території; узгодження інтересів держави та територіальних громад.

Для організації надання високоякісних та доступних публічних соціальних послуг необхідно виконати наступні умови – публічні послуги повинні надаватися відповідно до державних стандартів з урахуванням необхідного забезпечення; надаватись в умовах територіальної доступності (до 30 км відстані між послугою і отримувачем); мати належну матеріально-технічну базу для надання усіх видів соціальних послуг; забезпечувати прозору інформацію про послуги, порядок та умови їх надання.

Опираючись на практичний досвід впровадження системи соціальної роботи в Україні можна виокремити певні етапи щодо побудови нової моделі надання соціальних послуг (рис. 4):



**Рис. 4. Етапи побудови сучасної моделі надання соціальних послуг**



Визначення індивідуальних потреб у соціальних послугах осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, проводять усі соціальні служби адміністративно-територіальної одиниці, у тому числі центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг) шляхом відвідування цих осіб за місцем їхнього проживання/перебування та проведення комплексного обстеження та/або опитування<sup>8</sup>.

Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України від 27.12.2013 р. № 904 «Про затвердження методичних рекомендацій з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг», моніторинг та контроль якості надання соціальних послуг може здійснюватись шляхом внутрішньої (безпосередньо в соціальному закладі) та зовнішньої оцінки потреб (органами виконавчої влади та місцевого самоуправління й представниками громадянського суспільства).

У перспективі для проведення оцінки та моніторингу якості соціальних послуг планується введення інституту соціальних інспекторів при управліннях соціального захисту населення.

Механізми фінансування соціальних послуг, які затверджені Міністерством соціальної політики України<sup>9</sup>, можуть бути наступними:

- 1) за рахунок місцевого бюджету, передусім, мова йде про ті послуги, які спрямовані на роботу із прийомними батьками та дітьми, соціальну реабілітацію, адаптацію та профілактику у громаді<sup>10</sup> (вони входять до мінімального пакету безкоштовних послуг для громадян, які проживають на території місцевої громади);
- 2) надання платних стандартизованих соціальних послуг відповідними спеціалізованими закладами, для яких виписані та затверджені норми, нормативи, вимоги й вартість надання (в даному випадку оплата може здійснюватися не лише за кошти громади, але й за рахунок державного соціального замовлення);

---

<sup>8</sup> Наказ від 15.10.2012 р. №648 «Методичні рекомендації визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах».

<sup>9</sup> Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» №537 від 03.09.2012. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12>

<sup>10</sup> За рекомендаціями Міністерства соціальної політики України з 2017 року місцеві органи виконавчої влади мають враховувати фінансові витрати на кілька видів соціальних послуг, які входять до мінімального пакету безкоштовних соціальних послуг для населення, що проживає в даній територіальній громаді.

3) отримання соціального замовлення<sup>11</sup> недержавними суб'єктами, що надають соціальні послуги у громаді за рахунок бюджетних коштів на підставі результатів рейтингового оцінювання конкурсних пропозицій для різних уразливих категорій населення.

Фінансування соціальних послуг потребує постійного моніторингу та оцінки з метою визначення їхньої відповідності державним стандартам, показникам якості<sup>12</sup> та рівню забезпечення потреб отримувачів у якісних соціальних послугах. Окрім цього, моніторинг та оцінка сприяють координації діяльності всіх суб'єктів, що надають соціальні послуги; прийняттю рішень стосовно розподілу наявних ресурсів для надання соціальних послуг різним соціальним групам; отриманню інформації про соціальні групи, діяльність суб'єктів, що надають такі послуги, їх методи роботи, кількість та кваліфікацію залучених працівників.

В умовах впровадження реформи децентралізації, коли кожна громада, акумулюючи власні кошти, несе за них відповідальність, на фахівця соціальної роботи покладається велике завдання (рис. 5). Саме введення посади фахівця із соціальної роботи дає можливість перейти до більш конкретної адресної допомоги та надання соціальних послуг безпосередньо на місцях, тобто з максимальним наближенням соціальних послуг до їх отримувачів. Завдяки тому, що такі фахівці працюватимуть у визначених територіальних одиницях, соціальні послуги стали доступнішими.

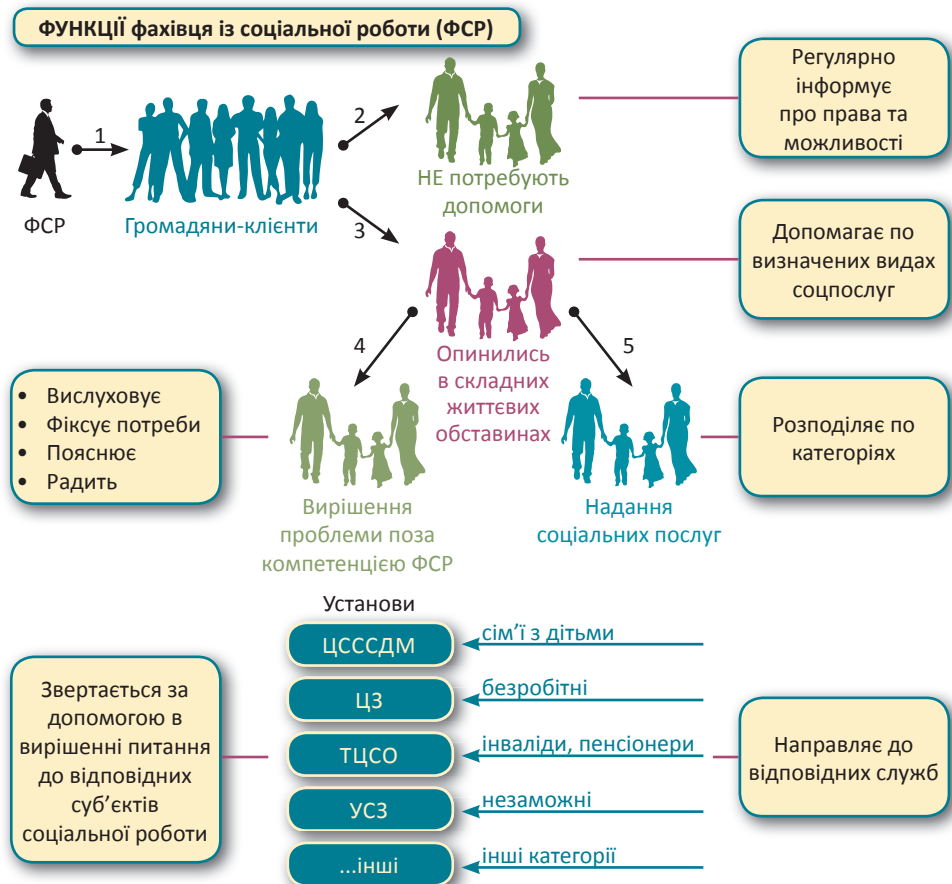
Запровадження нової системи надання соціальних послуг в умовах децентралізації має ряд суттєвих переваг:

- розробка превентивного механізму раннього виявлення вразливості та попередження складних життєвих обставин;
- деінституалізація системи надання соціальних послуг;
- удосконалення адміністрування та управління соціальними послугами;
- запровадження державних стандартів соціальних послуг;
- створення системи моніторингу та оцінки якості соціальних послуг;
- диверсифікація надавачів соціальних послуг (соціальне замовлення);
- перехід на фінансування соціальної послуги, а не закладу.

---

<sup>11</sup>Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів» №324 від 29 квітня 2013 р. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/324-2013-%D0%BF/paran9#n9>

<sup>12</sup>Показники якості соціальних послуг та критерії дотримання цих показників наведено у відповідних державних стандартах соціальних послуг або у специфікації соціальних послуг, що надаються згідно з договором про соціальне замовлення соціальних послуг.



**Рис. 5. Алгоритм дії фахівця соціальної роботи в громаді**

### 1.3. Законодавче підґрунтя реформування системи соціальних послуг

На сучасному етапі вже сформовано правове підґрунтя для проведення реформування системи соціальних послуг. Серед прийнятих нормативних документів варто окремо відзначити наступні:

- кваліфікаційну характеристику фахівця із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 25.05.2012 №309);
- затверджений перелік соціальних послуг (Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 №537);

- порядок атестації соціальних працівників та інших фахівців, що надають соціальні послуги (Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.10.2012 №612);
- встановлені критерії діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги (вимоги до надавачів) (Постанова Кабінету Міністрів України від 14.11.2012 №1039);
- порядок надання соціальних послуг із встановленням диференційованої плати (Постанова Кабінету Міністрів України від 19.12.2012 №1184);
- план заходів на 2013–2016 роки щодо реалізації Стратегії реформування соціальних послуг (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.03.2013 №208-р);
- порядок здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів (Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 №324 зі змінами від 14.05.2015 №282);
- типові структури і штати центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді в частині визначення нормативу розрахунку чисельності фахівців із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 08.06.2013 №344) та методичні рекомендації для фахівців із соціальної роботи (Наказ Міністерства соціальної політики України від 05.09.2013 №557).

Важливими документами для вдосконалення ринку соціальних послуг є:

- Порядок взаємодії центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування установ, закладів, організацій, що залучаються до виявлення та здійснення соціального супроводу сімей/осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах (Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 №895).
- Порядок виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб) (Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 №896).
- Порядок визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах (Наказ Міністерства соціальної політики України від 20.01.2014 №28).
- Форми обліку соціальних послуг сім'ям у СЖО (Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.07.2014 №450).
- Методичні рекомендації щодо інформування населення про соціальні послуги (Наказ Міністерства соціальної політики України від 28.10.2014 №828).

Окрім цього Міністерством соціальної політики України затверджено наступні стандарти надання соціальних послуг з:

- адаптації (18.05.2015 №514);
- консультування (02.07.2015 №678);
- профілактики (10.09.2015 №912);
- представництва інтересів (30.12.2015 №1261);
- хоспісної та паліативної допомоги (29.01.2016 №58);
- стаціонарного догляду осіб, які втратили здатність до самообслуговування чи не набули такої здатності (29.02.2016 №198);
- супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах (31.03.2016 №318).

Наразі вже впроваджено у практичну соціальну роботу регламентуючі документи, серед яких:

- Методика оцінки конкурсних пропозицій учасників конкурсу із залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг (Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.03.2015 №332).
- Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2013 №573 зі змінами від 17.07.2015).
- Методичні рекомендації з розрахунку вартості соціальних послуг (Наказ Міністерства соціальної політики України від 07.12.2015 №1186).
- Методичні рекомендації щодо виконання власних (самоврядних) повноважень об'єднаної територіальної громади у сфері соціального захисту (Наказ Міністерства соціальної політики України від 19.01.2016 №26).

**Базові документи, які регламентують формування системи соціальних послуг у громаді:**

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 01.11.2012 №1039 «Про затвердження критеріїв діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги».
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 №895 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах».
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 2.04.2013 №324 «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів».
4. Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.03.2015 №332 «Про затвердження Методики оцінки конкурсних пропозицій учасників конкурсу із залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг».

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2011 р. №1049 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу з визначення програм (проектів, заходів), розроблених інститутами громадянського суспільства, для виконання (реалізації) яких надається фінансова підтримка».
6. Наказ Міністерства фінансів від 24 жовтня 2012 р. № 1116/673 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Соціальний захист сім'ї та дітей» за видатками, що враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів.
7. Кодифікатор нумерації типових переліків бюджетних програм місцевих бюджетів.

Затверджені наступні кваліфікаційні вимоги до фахівців із соціальної роботи<sup>13</sup>:

- *Провідний фахівець із соціальної роботи*: повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст) та підвищення кваліфікації. Стаж роботи за професією фахівця із соціальної роботи I категорії — не менше 2 років.
- *Фахівець із соціальної роботи I категорії*: повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст) та підвищення кваліфікації: для магістра — без вимог до стажу роботи, спеціаліста — стаж роботи за професією фахівця із соціальної роботи II категорії — не менше 2 років.
- *Фахівець із соціальної роботи II категорії*: повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (спеціаліст) та підвищення кваліфікації. Стаж роботи за професією фахівця із соціальної роботи — не менше 1 року.
- *Фахівець із соціальної роботи*: повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (спеціаліст) без вимог до стажу роботи.

**Нормативні документи, які регламентують діяльність та функції фахівця із соціальної роботи:**

- 1) Взаємодія з сім'ями (особами), які перебувають у складних життєвих обставинах, та їх залучення до співпраці:
  - Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 №896 «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей»;

<sup>13</sup> Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.jobs.ua/ukr/dkhp/articles-2386/>

- Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 №537 «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати».
- 2) Оцінка потреб, ситуації, спроможності/мотивації отримувачів послуг до співпраці:
    - Наказ Міністерства соціальної політики України від 15.10.2012 №648 «Методичні рекомендації визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах»;
    - Наказ Міністерства соціальної політики України від 20.01.2014 №28 «Про затвердження Порядку визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах».
  - 3) Розробка та впровадження індивідуального плану роботи (соціального супроводу):
    - Наказ Міністерства соціальної політики України від 9.07.2014 №450 «Про затвердження форм обліку соціальних послуг сім'ям (особам), які перебувають у складних життєвих обставинах».
  - 4) Моніторинг надання послуг та оцінювання результатів:
    - Наказ Міністерства соціальної політики України від 7.12.2013 №904 «Про затвердження методичних рекомендацій з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг».
  - 5) Ведення документації:
    - Наказ Міністерства соціальної політики України від 9.07.2014 №450 «Про затвердження форм обліку соціальних послуг сім'ям (особам), які перебувають у складних життєвих обставинах».

## Питання для перевірки знань

1. Опишіть основні аспекти соціальної роботи в умовах децентралізації влади в Україні.
2. Назовіть базові документи щодо реформування системи соціальних послуг та дайте їхню загальну характеристику.
3. Поясніть, яким чином відбувається визначення індивідуальних потреб у соціальних послугах з боку членів громади.
4. Назовіть нормативний документ, який регулює порядок визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах.
5. Визначте основні напрями реформування системи надання соціальних послуг.

6. Розкажіть про механізми фінансування соціальних послуг в умовах децентралізації влади.
7. Поясніть, які зміни щодо системи соціальної роботи очікуються після завершення реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади.

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Підготуйте презентацію документів, які розкривають суть системи управління соціальними послугами на національному, регіональному та місцевому рівнях.
2. Визначте перелік основних нормативних документів, які визначають види соціальних послуг та стандарти їх надання.
3. Надайте коротку характеристику змісту документів, які визначають види соціальних послуг та стандарти їх надання.
4. Підготуйте презентацію, присвячену тематиці діяльності Міністерства соціальної політики України у сфері соціальної роботи.
5. Розробіть сценарний план круглого столу для фахівців соціальної сфери на тему: «Управління якістю соціальних послуг на державному та громадському рівні».
6. Підготуйте реферативний огляд наукових досліджень на тему: «Роль громади у замовленні соціальних послуг».
7. Підготуйте інформаційні матеріали на тему: «Система закладів, організацій, що надають в Україні соціальні та соціально-медичні послуги».

## Література для поглибленого вивчення

1. Браун А. Супервізор у соціальній роботі: супервізія догляду в громаді, денних та стаціонарних установах [Текст] / Пер. з англ. Т. Семигіної. — К.: Унів. вид-во «Пульсари», 2003. — 240 с.
2. Варбан М.Ю., Романова Н.Ф., Токар А.В., Шульга Л.О., Впровадження кейс-менеджменту в рамках реалізації проекту «Збільшення доступності лікування ВІЛ-інфекції для представників груп ризику» // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: Науково-методичний журнал. — К., 2013. — № 1–2. — С. 108–117.
3. Гончарова С.Ю., Отенко І.П. Соціальна політика: Навч. посібник. — Х.: Вид. ХДЕУ, 2003. — 200 с.
4. Діти, які проживають у сім'ях, що опинилися у складних життєвих обставинах// Державна доповідь про становище дітей в Україні «Соціальний



- захист дітей, які проживають у сім'ях, що опинилися у складних життєвих обставинах» (за підсумками 2012 року) // Мін-во соціальної політики; Державний ін-т сімейної та молодіжної політики. — К., 2013. — С. 46–69 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://dimp.org.ua/files/social-protection-children-in-difficult-circumstances.pdf>
5. Закон України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» від 01.07.2000 р.// Праця і зарплата. — 2000. — №25. — С. 2–3.
  6. Зінченко А., Комарова Н., Романова Н. Соціальний портрет дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах // Метод. посібник. — Мін-во соціальної політики; Держав. ін-т сімейної та молодіжної політ. — 2013 — С. 9–30 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://dimp.org.ua/files/children-in-difficult-circumstances.pdf>
  7. Карпенко О.Г., Романова Н.Ф. Теорія та практика соціальної роботи. Навч. посібник. — К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. — 408 с.
  8. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014 — 181 с.
  9. Організація та проведення соціальної рекламної інформаційної кампанії: Метод. посібник / Авторський колектив: Т. А. Марочко, Є. В. Ромат, А. Л. Стрелковська, Т. В. Хімченко. — К.: Фенікс, 2007. — 108 с.
  10. Представництво інтересів соціально-вразливих дітей та сімей: Навч. посібник / За ред. Т. В. Семигіної. — К.: Четверта хвиля, 2004. — 216 с.
  11. Романова Н.Ф., Кошіль В.І. Діяльність недержавних установ у сфері соціального захисту дітей та молоді вразливих категорій // Нові технології навчання: Наук.-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти, науки, молоді та спорту України. — К., 2012. — Вип. 74. — С. 87–91.
  12. Романова Н.Ф., Чайківська Д.Р. Сучасний стан надання медико-соціальних послуг паліативним хворим в Україні // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: Науково-метод. журнал. — К., 2013. — 3–4 (фаховий). — С. 107–117.
  13. Соціальна робота: в 3-х ч. — Ч. 1. : Основи соціальної роботи/ Н.Б. Бондаренко, І.М. Грига, Н.В. Кабаченко та ін. За ред. Т. Семигіної, І. Грига. — К.: Вид. дім. «Києво-Могилянська академія», 2004. — 178 с.
  14. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід та перспективи / Т.В. Семигіної, А.М. Бойко, О.С. Брижовата та ін. — К.: Ресурсний центр «Гурт», 2005. — 133 с.
  15. Управління діяльністю соціальних служб: Метод. посібник / Гусак Н., Кабаченко та ін.; заг. ред.: О. Іванова, Н. Гусак; Проект Програми розвитку ООН та Міністерства соціальної політики України «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». — К.: К. І. С., 2013. — 178 с.

## РОЗДІЛ 2.

# КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

- 2.1. *Визначення отримувачів соціальних послуг (клієнтів соціальної роботи)*
  - 2.2. *Основи стратегічного планування соціальних послуг*
  - 2.3. *Механізми моніторингу, оцінка потреб у послугах та контроль якості надання соціальних послуг*  
*Питання для перевірки знань*  
*Завдання для індивідуальної роботи*  
*Література для поглибленого вивчення*
- 

## 2.1. **Визначення отримувачів соціальних послуг (клієнтів соціальної роботи)**

В останній редакції Закону України «Про соціальні послуги»<sup>14</sup> зазначено, що **соціальними послугами** є комплекс заходів з надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем.

**Клієнтом** соціальної роботи вважають окрему особу, групу людей, їхніх родичів, сім'ї, громади, які є адресатами соціальної роботи і які не можуть самостійно подолати свої проблеми, вийти з життєвої кризи, функціонувати самостійно, і тому потребують сторонньої допомоги фахових соціальних працівників.

Відповідно до визнаного міжнародним співтовариством визначення практичної соціальної роботи клієнтом соціальної роботи може бути практично кожен член суспільства, який потрапив у складну життєву ситуацію. Проте, найчастіше під поняттям «клієнт» розуміються певні категорії населення, які потребують специфічної допомоги і підтримки, адаптації, реабі-

---

<sup>14</sup>Закон України «Про соціальні послуги» №936-VIII від 26.01.2016, Відомості Верховної Ради України, 2016, №10, ст. 99. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/966-15>

літації, а іноді і корекції. Унікальність соціальної роботи та її відмінність від інших професій полягає у сприянні досягненню змін у взаємодії між людьми та їхнім оточенням.

Кожному клієнту властиві певні характерні особисті риси, які повинні бути виявлені та використані соціальним працівником в процесі роботи. Незалежно від того, чи є клієнтом окрема особа, група, сім'я або інша соціальна структура, визначаються характерні особливі потреби, система цінностей, можливості, рівень знань, система віросповідання, що надає унікальності кожній соціальній ситуації.

### **Наразі клієнтами сучасної соціальної роботи в Україні є:**

- **Діти та молодь:** діти-сироти; діти, позбавлені батьківського піклування; випускники інтернатних закладів; особи у складних життєвих обставинах (насильство, бездоглядність, жорстоке ставлення, ризикована поведінка та залежності); особи з особливими потребами; ВІЛ-позитивні особи; особи з девіантною поведінкою.
- **Сім'ї у складних життєвих обставинах:** сім'ї з дітьми, які опинились у складних обставинах у зв'язку з інвалідністю батьків або дітей, вимушеною міграцією, наркотичною або алкогольною залежністю одного з членів родини чи його/її перебуванням у місцях позбавлення волі, ВІЛ-інфекцією, насильством у сім'ї, безпритульністю, сирітством, безробіттям одного з членів; сім'ї, у яких існує ризик передачі дитини до закладів для дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування; неповнолітні одинокі матері, яким потрібна підтримка.
- **Доросле населення:** одинокі особи похилого віку; особи, що не мають постійного місця проживання; особи з інвалідністю; особи, що повернулися з місць позбавлення волі; паліативні хворі.

Для суб'єктів соціальних послуг визначено, що основними *підходами у роботі* з отримувачами (тобто клієнтами), які опинилися у складних життєвих обставинах, мають стати дії щодо їх *мотивації або стимулювання* до активної самостійної діяльності із розрахунком на власні сили, а саме:

- 1) визнання того, що усі люди мають певні здібності та вміння;
- 2) недопустимість стигматизації чи «навішування ярликів» стосовно клієнтів;
- 3) врахування думки отримувача соціальних послуг, який має право самостійно обирати можливість втручання/невтручання фахівців із соціальної роботи у своє особисте життя;
- 4) планування послуг з огляду на соціально-економічний, культурний, освітній контекст життя клієнта, що призвело до складних життєвих обставин;

- 5) створення груп саморозвитку та самопідтримки, як важливої форми посилення потенціалу отримувача соціальних послуг;
- 6) обґрунтування умов співпраці отримувача (клієнта) із фахівцями із соціальної роботи та визначення його особистої ролі у цьому процесі.

*Процес мотивації або стимулювання передбачає:*

- внутрішній розвиток особистості (посилення мотивації для саморозвитку та впевненості у собі);
- розвиток умінь, необхідних для участі у процесі вирішення власних проблем;
- практичну підтримку з боку фахівців із соціальної роботи (інформування, захист інтересів, соціальне забезпечення, догляд та підтримку тощо);
- підтримку рівних можливостей (наприклад, створення умов для людей, які мають особливі потреби тощо);
- консолідацію зусиль (наприклад, для забезпечення соціального супроводу);
- емоційну підтримку (емпатію).

Для успішного впровадження нових стратегічних підходів дуже важливо розширити та сформувавши ринок соціальних послуг та його доступність із врахуванням зміни повноважень територіальних об'єднань та підвищення ролі місцевих громад, які самостійно матимуть право обирати різні види соціальних послуг та здійснювати їхнє фінансування.

## **2.2. Основи стратегічного планування соціальних послуг**

Стратегія — це свідомий процес, спрямований на визначення напрямку розвитку організації, регіону чи територіальної громади в умовах середовища, що змінюється. Стратегічні рішення стосуються найбільш значущих проблем організації, регіону чи територіальної громади та завжди пов'язані з їхньою невизначеністю у майбутньому, що спричинює складність таких рішень через нестабільність соціального середовища.

Стратегічне планування визначається як процес, спрямований на розробку і впровадження стратегії розвитку середовища, в якому існує організація, громада, країна, а також пристосування до цих змін. Стратегічне

планування характеризує не лише основний шлях розвитку системи, але й дозволяє модифікувати його або, якщо потрібно, коригувати напрям, беручи до уваги зміни середовища.

В соціальній роботі стратегічне планування визначають як систематичний процес, за допомогою якого соціальна служба, регіон чи територіальна громада прогнозує та планує свою діяльність у сфері надання соціальних послуг на майбутнє шляхом розробки стратегічного плану розвитку з врахуванням потреб членів своєї громади.

Стратегічний план — документ довгострокового характеру (3–5 років), який описує головну мету діяльності установи чи організації та встановлює взаємозв'язок між цілями, завданнями і показниками діяльності. Проте на практиці досить часто застосовують *оперативне (на один рік) планування*, яким можуть замінювати стратегічне планування. Фактично, планування повсякденної діяльності презентується як стратегічний план розвитку організації чи структури, *що є помилковим*.

#### НАВИЩО ОРГАНІЗАЦІЇ, РЕГІОНУ, ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН І СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ?

Стратегічний план допомагає:

- мислити стратегічно, тобто на перспективу (для керівництва) та розробляти дієві стратегії (для виконавців);
- пояснити майбутні напрями політики (громадянам);
- встановити пріоритети (розвитку організації, регіону, територіальної громади);
- оцінити результативність та ефективність використання ресурсів, особливо бюджетних коштів;
- оцінити сьгоднішні рішення в світлі можливих змін у майбутньому;
- створити логічну, послідовну й захищену базу для прийняття рішень;
- здійснити максимальну неперервність в організаційному контролі діяльності відповідних державних інституцій (моніторинг);
- визначити основні організаційні проблеми;
- результативно діяти в соціальному середовищі;
- створювати ефективну команду виконавців та експертів.

В Україні сформовано *систему стратегічного планування* шляхом прийняття цілої низки відповідних нормативних документів, які умовно можна поділити на декілька блоків:

- 1) до першого блоку можна віднести документи для формування стратегічного планування в Україні на загальнодержавному рівні;
- 2) другий блок – нормативно-правові акти, спрямовані на розбудову стратегій регіонального розвитку;
- 3) третій блок містить стратегії галузевого розвитку.

## ДОКУМЕНТИ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ ВИРОБЛЕННЮ СТРАТЕГІЙ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ:

- Закони України «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», «Про власність», «Про звернення громадян», «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», «Про статус депутатів місцевих рад».
- Укази Президента України «Про забезпечення умов для більш широкої участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики».
- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про роботу центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення відкритості у своїй діяльності, зв'язків із громадськістю та взаємодії із засобами масової інформації» тощо.
- Постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», «Про Порядок оприлюднення у мережі Інтернет інформації про діяльність органів виконавчої влади».

Наразі процес реформування системи надання соціальних послуг зумовлює **два підходи до розробки стратегій надання соціальних послуг в громаді**: інтегрований та превентивний.

*Інтегрований* підхід передбачає:

- створення громадою умов для реалізації максимального соціального потенціалу кожного її члена;
- надання комплексних соціальних послуг за рахунок зміцнення міжсекторальної взаємодії між різними соціальними інституціями на умовах партнерства, за якого вони спільно розвиваються та досягають спільних цілей;
- адаптацію не лише клієнта до громади, але й пристосування громади до нього — якісне розуміння проблем клієнтів та реагування на їхні потреби.

В свою чергу, дотримання *превентивного* підходу при побудові стратегії надання соціальної послуги в громаді забезпечує:

- профілактику виникнення складних життєвих обставин та забезпечення переходу до незалежного життя у громаді осіб чи родин, які опинилися у СЖО шляхом створення відповідних соціальних закладів та організацій з метою збільшення спроможності клієнта контролювати своє життя, самостійно вирішувати проблеми, що виникають у процесі життя;
- оптимізацію процесів адаптації та реабілітації кожної людини у соціумі;
- створення оптимальних умов для саморозвитку та самореалізації членів громади, що попереджає намір та вчинення протиправних дій.

Особливості технології стратегічного планування розвитку соціальних послуг у територіальній громаді представлено на рис. 6.



**Рис. 6. Технологія стратегічного планування розвитку соціальних послуг у територіальній громаді**

Стратегічне планування — це довготривалий процес, що складається з багатьох етапів. Кожен черговий етап планування є точкою відліку для наступного — тому тут надзвичайно важливою є черговість та послідовність дій. Пропонована нижче схема опрацювання стратегічного плану не єдино можлива, але ми вважаємо її найбільш відповідною.

#### **Етапи стратегічного планування (рис. 7):**

Етап 1. Визначення місії організації.

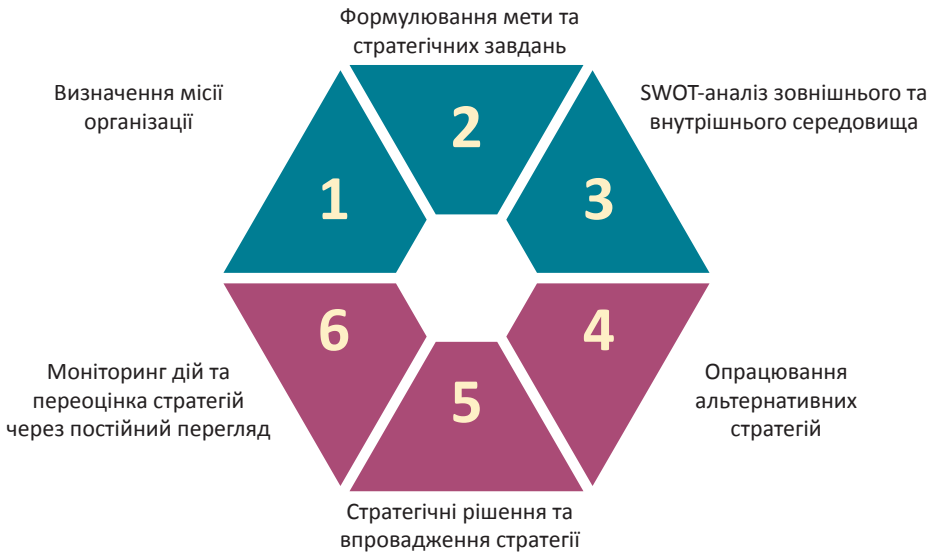
Етап 2. Формулювання мети та стратегічних завдань.

Етап 3. SWOT-аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища.

Етап 4. Опрацювання альтернативних стратегій.

Етап 5. Стратегічні рішення та впровадження стратегії.

Етап 6. Моніторинг дій та переоцінка стратегій через постійний перегляд.



**Рис. 7. Етапи стратегічного планування**

*Етап 1. Визначення місії організації*

Процес стратегічного планування починається з визначення місії організації. Місія — це формулювання «конкретної причини існування організації», а також твердження, що ідентифікує мету організації, методи її досягнення та групи адресатів, для яких вона працює.

Формулюючи місію організації, необхідно відповісти на запитання про її суспільну роль та сенс існування. Визначається, що саме є змістом та сенсом діяльності організації (рис. 8):



**Рис. 8. Визначення місії організації**



Трапляється, що учасники процесу стратегічного планування є повними однодумцями в питанні визначення місії організації, проте виникають труднощі з формулюванням її у письмовій формі. Місія повинна бути сформульована чітко і у доступній формі (якщо це необхідно, то навіть кількома абзацами). Найважливішим є те, щоб всі розуміли її однаково.

### *Етап 2. Формулювання мети та стратегічних завдань*

Процес стратегічного планування у підсумку повинен дати відповідь на запитання: Чи потрібно внести якісь зміни в стратегію діяльності організації і, якщо потрібно, то які? Точкою відліку тут, як правило, служить аналіз наявної ситуації та формулювання мети і стратегічних завдань організації.

У будь-якому випадку на даному етапі стратегічного планування йдеться лише про актуальну місію організації. Можливо, в результаті всього процесу планування виявиться, що місію необхідно модифікувати, а, можливо, й цілком замінити. Проте перед виконанням наступних етапів стратегічного планування, зокрема аналізу зовнішнього оточення та власних засобів організації, такі рішення приймати не варто.

У випадку, коли є повна картина умов, в яких доводиться працювати, а також засобів, які знаходяться у розпорядженні організації, можна переходити до визначення стратегічних завдань, а потім і до стратегії їх досягнення.

Стратегічні завдання визначають, що конкретно планується досягнути в рамках реалізації місії організації, тому вони повинні відповідати її суспільній функції. Це виключно так звані первинні завдання, тобто, такі, для реалізації яких можуть бути визначені вторинні задачі (якщо, наприклад, стратегічною або первинною метою є «створення двох нових територіальних одиниць організації», то вторинними можуть бути — «підвищення кваліфікації нових працівників для двох нових територіальних одиниць», «пошук фінансування для двох нових територіальних одиниць» тощо.

### *Етап 3. SWOT-аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища*

SWOT-аналіз — це процес встановлення зв'язків між найхарактернішими для організації можливостями, загрозами, сильними сторонами (перевагами), слабкостями, результати якого в подальшому можуть бути використані для формулювання і вибору стратегій розвитку організації чи громади<sup>15</sup>.

Ознайомлення з місією та метою організації, а також з її теперішньою стратегією дає змогу зробити висновок про те, які елементи оточення (тобто всього, що є поза організацією) мають для неї значення та яке саме.

---

<sup>15</sup>Режим доступу: [http://www.rusnauka.com/3\\_SND\\_2010/Economics/58123.doc.htm](http://www.rusnauka.com/3_SND_2010/Economics/58123.doc.htm)

Під час цього етапу стратегічного планування:

- створюється перелік зовнішніх чинників, які можуть мати вплив на досягнення цілей організації;
- співставляються чинники, які створюють для організації додаткові можливості, а також ті, які становлять загрозу або спричиняють труднощі;
- визначаються шляхи, яким чином можна використати попередньо визначені можливості, а також, як протидіяти труднощам.

#### Етап 4. Опрацювання альтернативних стратегій

Після визначення стратегічних завдань, черговим етапом стратегічного планування є окреслення методів їх досягнення. З цією метою потрібно опрацювати декілька альтернативних варіантів досягнення цілей (стратегій рішення) (рис. 9). Наступним кроком буде вибір найкращого варіанту.

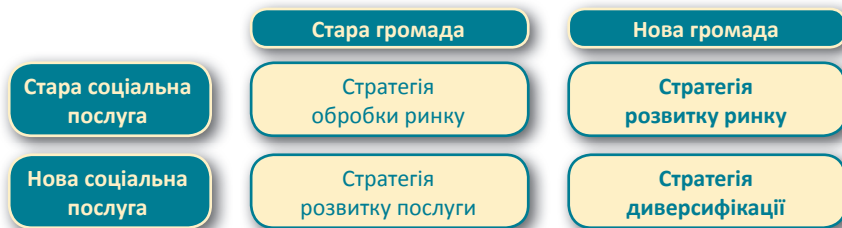


Рис. 9. Можливі альтернативи стратегій досягнення цілей

**Стратегія обробки ринку** полягає в тому, що організація концентрує свої засоби на реалізації старих послуг у певній територіальній громаді. Метою стратегії цього типу є збільшення участі організації на ринку соціальних послуг за допомогою збільшення масштабів діяльності.

**Стратегія розвитку ринку** полягає в тому, що старі послуги організації пропонуються на нових ринках соціальних послуг (наприклад, у сусідньому місті, в цілій області, тобто за межами своєї територіальної громади тощо).

**Стратегія розвитку послуги** полягає в тому, що в усталеній громаді організація запроваджує нову послугу, яка ще не надавалася клієнтам з числа представників громади.

**Стратегія диверсифікації** полягає в тому, що організація виходить на ринок соціальних послуг нової громади з новим продуктом (новою соціальною послугою). Наприклад, фундація А, яка до цього часу займалась консультаціями для організацій, що займаються соціальною допомогою у Києві, починає реалізацію нового проекту з навчання тренерів неурядових організацій (НУО) з усієї України.

Під час опрацювання конкретних варіантів стратегії потрібно весь час опиратись на місію організації та на її суспільну функцію. Кінцевим результатом того, що організація зосередить свою діяльність на тих ринках і на тих типах продуктів, які є для неї найбільш перспективними (а отже, робитиме те, що вміє робити найкраще), буде користь для адресатів діяльності організації.

#### *Етап 5. Стратегічні рішення та впровадження стратегії*

Конкретні варіанти необхідно оцінити з точки зору ризику, що пов'язаний з конкретним варіантом стратегії, а також її очікуваної ефективності. Така оцінка проводиться, спираючись, як правило, на «дерево» рішень, де аналізуються переваги та недоліки кожного з варіантів стратегії.

Стратегічний план досить узагальнено описує цілі організації та методи їхнього досягнення. Для того, щоб стратегія, яка була опрацьована в процесі планування, змогла бути реалізована, повинен існувати план її впровадження. План впровадження стратегії повинен бути інтегральною частиною стратегічного плану.

Для впровадження в життя стратегію варто перенести на відповідні тактичні плани, програми та проекти бюджетів.

Тактичні плани — це плани конкретних дій, які реалізують стратегію та описують що, де, коли, як та ким буде зроблено, а також, які засоби необхідні для цього.

#### *Етап 6. Моніторинг дій та переоцінка стратегій через постійний перегляд*

Навіть найкраще опрацьований стратегічний план не може трактуватись як інструкція для діяльності організації на найближчі декілька років і відповідне його виконання гарантує успіх організації. Те, що стратегічний план опрацьовується на три роки, зовсім не означає, що він не може змінитись за цей час. Навпаки, під час реалізації стратегії необхідно постійно перевіряти, чи впроваджується вона відповідно до плану, а також, чи приносить очікуваний ефект. У результаті такого контролю може виявитись, що внесення змін до цього плану є абсолютно необхідним, адже могли відбутись певні зміни в умовах роботи організації, або на практиці виявилось, що деякі елементи стратегії не приносять бажаного ефекту.

## 2.3. Механізми моніторингу, оцінка потреб у послугах та контроль якості надання соціальних послуг

У методичних рекомендаціях із проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг, які затверджені Міністерством соціальної політики<sup>16</sup>, визначено, що об'єктом оцінки якості соціальних послуг мають бути державні та комунальні суб'єкти, що надають соціальні послуги, а також інші суб'єкти, що надають такі послуги із залученням бюджетних коштів.

Рекомендовані етапи оцінки якості соціальних послуги визначено як: планування та проведення оцінки якості соціальних послуг; аналіз результатів оцінки якості соціальних послуг та вивчення думки отримувачів соціальних послуг; оприлюднення результатів проведеної оцінки якості соціальних послуг серед отримувачів соціальних послуг, їхніх законних представників, населення адміністративно-територіальної одиниці, де здійснює свою діяльність суб'єкт, що надає соціальні послуги; розроблення заходів, спрямованих на покращення якості надання соціальних послуг; моніторинг реалізації заходів, спрямованих на покращення якості надання соціальних послуг.

### ЯК ВАРТО РОЗУМІТИ ПОНЯТТЯ «МОНІТОРИНГ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ТА ЇХНЯ ОЦІНКА» У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ?

*Моніторинг* – це процес регулярного збору та аналізу кількісних та якісних даних щодо наданих соціальних послуг за попередньо встановленими показниками з метою аналізу процесу та якості виконання індивідуального плану заходів, а також своєчасного реагування на зміну ситуації, забезпечення ефективного використання ресурсів з метою вирішення складних життєвих обставин клієнта. Здійснення моніторингу дає змогу отримувати необхідну для оцінювання інформацію й вироблення подальших дій щодо покращення якості соціальних послуг для потреб громадян.

*Оцінка/оцінювання* – систематичне дослідження діяльності, що може проводитися за участі клієнта на різних етапах надання соціальних послуг.

*Мета проведення моніторингу та оцінки*<sup>17</sup>:

1. Визначення відповідності наданих соціальних послуг державним стандартам цих послуг та потребам їх отримувача.
2. Забезпечення надання населенню гарантованих державою якісних соціальних послуг.

<sup>16</sup>Наказ від 27.12.2013 №904 «Про затвердження методичних рекомендацій із проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг».

<sup>17</sup>Режим доступу: <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-metodichnih-rekomendacij-z-provedennja-mo-doc176044.html>

3. Удосконалення діяльності роботи з організації та надання соціальних послуг.
4. Підготовка відповідних звітів про надання соціальних послуг.
5. Планування подальшої роботи розвитку системи надання соціальних послуг.
6. Формування державної політики у сфері надання соціальних послуг.

*Моніторинг та оцінка сприяють:*

- координації діяльності всіх суб'єктів, що надають соціальні послуги;
- прийняттю рішень щодо розподілу наявних ресурсів для надання соціальних послуг різним соціальним групам;
- отриманню інформації про соціальні групи, діяльність суб'єктів, що надають такі послуги, їхні методи роботи, кількість та кваліфікацію залучених працівників.

#### **ХТО Є СУБ'ЕКТАМИ МОНІТОРИНГУ Й ОЦІНКИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ?**

- Міністерство соціальної політики України;
- структурні підрозділи з соціального захисту населення обласних, міських, районних, районних у містах державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування;
- суб'єкти, що надають соціальні послуги.

*Під час проведення моніторингу соціальних послуг, як правило, використовуються дані щодо:*

- діяльності суб'єктів, які надають соціальні послуги (кількість суб'єктів, що надають соціальні послуги, їх типи, потужності тощо);
- потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах;
- наданих соціальних послуг;
- людських та бюджетних ресурсів, залучених для надання соціальних послуг;
- соціальних груп, які отримують соціальні послуги;
- соціально-економічного розвитку регіонів.

*Рекомендовані методи оцінки якості соціальних послуг:*

- опитування/анкетування отримувачів соціальних послуг та/або їх законних представників;
- спостереження за процесом надання соціальних послуг;
- бесіда/співбесіда з персоналом суб'єкта, що надає соціальні послуги;
- вивчення документації, у тому числі звернень отримувачів соціальних послуг.

## ХТО МОЖЕ ВХОДИТИ ДО СКЛАДУ МІЖВІДОМЧИХ РОБОЧИХ ГРУП ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ АНАЛІЗУ ДАНИХ МОНІТОРИНГУ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ?

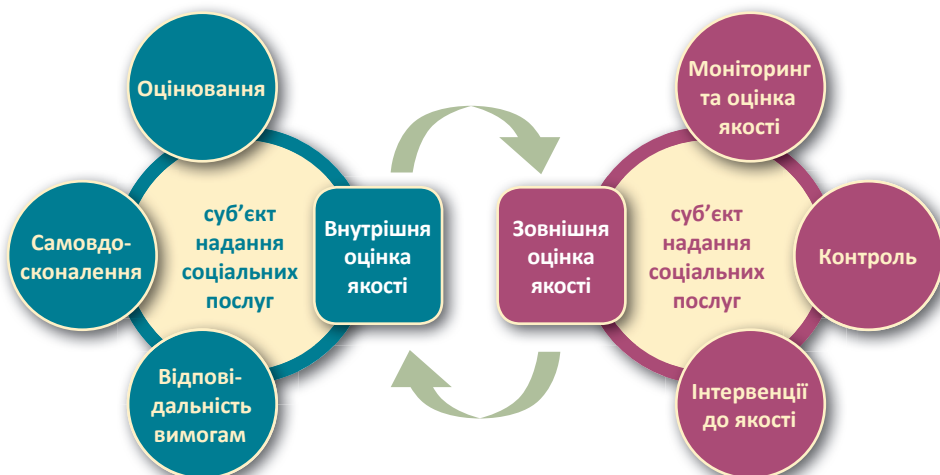
- центральні та місцеві органи виконавчої влади, причетні до надання соціальних послуг;
- науково-дослідні інститути та профільні вищі навчальні заклади;
- соціальні партнери (міжсекторальні групи);
- громадські об'єднання, які працюють у сфері соціальної роботи;
- суб'єкти, що надають соціальні послуги;
- незалежні експерти.

Показники якості соціальних послуг та критерії їх дотримання наведено у відповідних державних стандартах соціальних послуг або у специфікації соціальних послуг, що надаються згідно з договором про соціальне замовлення.

*Рівні застосування шкали оцінки якості соціальних послуг (рис. 10):*

- внутрішня оцінка якості соціальних послуг, що має проводитися на рівні суб'єкта, який надає соціальні послуги;
- зовнішня оцінка якості соціальної послуги, що має проводитися центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування із залученням громадських об'єднань (за згодою), які займаються захистом прав громадян.

*Внутрішню оцінку якості соціальних послуг рекомендується здійснювати шляхом: щоденної самооцінки персоналу, залученого до надання соціальних послуг; контролю з боку особи, відповідальної за організацію й проведення оцінки якості соціальних послуг щодо відповідності вимогам*



**Рис. 10. Рівні застосування шкали оцінки якості соціальних послуг**

до їхнього надання (безпосередньо у соціальній службі); роботи комісії з моніторингу та оцінки якості соціальних послуг (до її складу може входити: керівник служби, надавачі та отримувачі соціальних послуг).

*Зовнішню оцінку якості* соціальних послуг пропонується здійснювати на постійній основі місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, у тому числі замовниками соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів із залученням представників громадських об'єднань не рідше, ніж один раз у два роки.

## Питання для перевірки знань

1. Дайте визначення понять «отримувач соціальних послуг», «клієнт соціальної роботи».
2. Розкажіть про особливості процесу мотивації або стимулювання отримувача соціальних послуг з боку фахівця соціальної роботи.
3. Вкажіть, яким чином формується сучасний ринок соціальних послуг у громаді та фактори, які на нього впливають.
4. Поясніть, як визначається поняття «стратегічне планування» у соціальній роботі?
5. Дайте визначення поняттям «моніторинг соціальних послуг» та «оцінка соціальних послуг».
6. Визначте мету проведення моніторингу та оцінки соціальних послуг.
7. Вкажіть суб'єктів моніторингу й оцінки соціальних послуг у громаді.
8. Вкажіть рівні застосування шкали оцінки якості соціальних послуг та їх основні характеристики.

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Назвіть оптимальні шляхи розвитку недержавного сектору для розширення ринку соціальних послуг (на прикладі одного регіону).
2. Опишіть особливості стратегічного проектування, моніторингу та оцінки на прикладі ЦСССДМ (за регіональним вибором).
3. Розробіть структурний стратегічний план соціальних послуг у громаді.
4. Виконайте творчу роботу на тему: «Розробка стратегічного плану для участі у конкурсі на соціальне замовлення щодо надання соціальних послуг (за конкретним соціальним випадком)».
5. Опишіть сучасні технології підготовки стратегічного плану у громаді для вирішення потреб вразливих категорій населення.

## Література для поглибленого вивчення

1. Білий А.І., Жданова І.А., Леонтьєва Л.Є., Романова Н.Ф., Герасимчук Ф.М. та ін. // Метод. посібник з питань створення та діяльності молодіжних і дитячих громадських організацій в Україні / Мін-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний ін-т розвитку сім'ї та молоді. — ДІРСМ К., 2007. — 124 с. [Електронний ресурс]: Режим доступу: [http://dimp.gov.ua/files/dimp.org\\_ua-handbook-activity-of-youth-and-childrens-ngos.pdf](http://dimp.gov.ua/files/dimp.org_ua-handbook-activity-of-youth-and-childrens-ngos.pdf)
2. Варбан М.Ю., Романова Н.Ф., Токар А.В., Шульга Л.О. «Впровадження кейс-менеджменту в рамках реалізації проекту «Збільшення доступності лікування ВІЛ-інфекції для представників груп ризику» // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: Науково-методичний журнал. — К., 2013. — № 1–2. — С. 108–117
3. Діти, які проживають у сім'ях, що опинилися у складних життєвих обставинах// Державна доповідь про становище дітей в Україні «Соціальний захист дітей, які проживають у сім'ях, що опинилися у складних життєвих обставинах» (за підсумками 2012 року) / Мін-во соціальної політики; Державний ін-т сімейної та молодіжної політ. — К., 2013. — С. 46–69 [Електронний ресурс] — Режим доступу: <http://dimp.org.ua/files/social-protection-children-in-difficult-circumstances.pdf>
4. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: Аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 181 с.
5. Організація та проведення соціальної рекламно-інформаційної кампанії: Метод. посібник / Т. А. Марочко, Є. В. Ромат, А. Л. Стрелковська, Т. В. Хімченко. — К.: Фенікс, 2007. — 108 с.
6. Представництво інтересів соціально-вразливих дітей та сімей: Навч. посібник / За ред. Т. В. Семигіної. — К.: Четверта хвиля, 2004. — 216 с.
7. Практика надання соціальних послуг сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах (науково-методичний збірник) / За ред. Комарової Н. М. / Держ. ін.-т. сімейної та молодіжної політики, Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. — К., 2016 — 112 с.
8. Романова Н.Ф., Кошіль В.І. «Діяльність недержавних установ у сфері соціального захисту дітей та молоді вразливих категорій // Нові технології навчання: Наук.-метод. зб. / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти, науки, молоді та спорту України. — К., 2012. — Вип. 74. — С. 87–91.



9. Романова Н.Ф., Чайківська Д.Р. Сучасний стан надання медико-соціальних послуг паліативним хворим в Україні // Соціальна робота в Україні: теорія і практика: Науково-метод. журнал. — К., 2013. — 3–4 (фаховий). — С. 107–117.
10. Соціальна робота: в 3-х ч.: Ч.1.: Основи соціальної роботи / Н.Б. Бондаренко, І.М. Грига, Н.В. Кабаченко та ін.; За ред: Т. Семигіна, І. Грига. — К.: Вид. дім. «Києво-Могилянська академія», 2004. — 178 с. Ч. 2. — 226 с. Ч. 3. — 166 с.
11. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід та перспективи / Т.В. Семигіна, А.М. Бойко, О.С. Брижовата та ін. — К.: Ресурсний центр «Гурт», 2005. — 133 с.
12. Соціальний портрет дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах / А. Зінченко; Н. Комарова, Н. Романова та ін. // Метод. посібник / Мін-во соціальної політики; Держав. ін-т сімейної та молодіжної політ. — 2013. — С. 9–30 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://dimp.org.ua/files/children-in-difficult-circumstances.pdf>
13. Стратегічне планування. Навчальний посібник / О.Берданова, В.Вакуленко, В.Тертичка. — Л.: ЗУКЦ, 2008. — 138 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://www.ipas.org.ua/old/doc/pr/pauci/sp\\_student.pdf](http://www.ipas.org.ua/old/doc/pr/pauci/sp_student.pdf)
14. Теорія та практика соціальної роботи: Навч. посібник / О.Г.Карпенко, Н.Ф.Романова. — К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. — 408 с.
15. Управління діяльністю соціальних служб: Метод. посібник / Гусак Н., Кабаченко та ін.; заг. ред.: О. Іванова, Н. Гусак; Проект Програми розвитку ООН та М-ва соц. політики України «Підтримка реформи соц. сектору в Україні». — К.: К.І.С., 2013. — 178 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Managment%20book.pdf>
16. Участь громадськості у моніторингу надання послуг органами публічної влади: нормативне регулювання та існуючі практики. — К., 2013 — 120 с. Режим доступу: <http://www.dkrp.gov.ua/files/7da2e16f30.pdf>

## РОЗДІЛ 3.

# МОДЕЛІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УРАЗЛИВИМ КАТЕГОРІЯМ НАСЕЛЕННЯ

3.1. *Громадське здоров'я в Україні*

3.2. *Визначення вразливих категорій населення*

3.3. *Соціально-медичні послуги для вразливих категорій населення*

*Питання для перевірки знань*

*Завдання для індивідуальної роботи*

*Література для поглибленого вивчення*

---

### 3.1. Громадське здоров'я в Україні

Громадське здоров'я як самостійна медична наука вивчає вплив соціальних умов і факторів зовнішнього середовища на здоров'я населення з метою розробки профілактичних заходів щодо його оздоровлення та вдосконалення медичного обслуговування. Громадське здоров'я займається вивченням широкого кола медичних, соціологічних, економічних, управлінських, філософських проблем в конкретних історичних умовах.

Здоров'я сучасної людини виступає результатом природної еволюції виду *Homo sapiens*, у якому поступово дедалі більший вплив мають соціальні чинники. Проблема співвідношення соціального і біологічного у людині є ключем до розуміння природи й характеру її здоров'я та захворювань (рис. 11).

Здоров'я та хвороби людини — це нова, опосередкована соціальним буттям, якість. У документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) неодноразово вказувалося, що здоров'я людей — це соціальна якість, у зв'язку з цим рекомендуються наступні показники оцінки стану розвитку громадського здоров'я:

- Відрахування валового національного продукту на охорону здоров'я.
- Доступність первинної медико-соціальної допомоги.
- Охоплення населення медичною допомогою.
- Рівень імунізації населення.
- Рівень обстеження вагітних кваліфікованим персоналом.



**Рис. 11. Фактори, що впливають на здоров'я людини**

- Стан харчування дітей.
- Рівень дитячої смертності.
- Середня тривалість майбутнього життя.
- Санітарна грамотність населення.

Громадське здоров'я зумовлено комплексним впливом соціальних, поведінкових і біологічних чинників. Якщо йдеться про соціальну зумовленість здоров'я, то мається на увазі першорядний за своїм значенням, а часом і вирішальний вплив соціальних чинників ризику. Соціальна обумовленість здоров'я підтверджується численними медико-соціальними дослідженнями. Наприклад, передчасні пологи зустрічаються вчетверо частіше у незаміжніх жінок, ніж у заміжніх; захворюваність пневмонією дітей у неповних сім'ях вчетверо вища, ніж у повних. На рівень захворюваності на рак легенів впливають куріння, екологія, місце проживання тощо. На відміну від різних клінічних дисциплін громадське здоров'я вивчає стан здоров'я не окремих індивідів, а людських колективів, соціальних груп і суспільства загалом у зв'язку з умовами та способом життя. При цьому умови життя, виробничі відносини, як правило, є визначальними для стану здоров'я людей. Наприклад, соціально-економічні перетворення, науково-технічний прогрес, можуть принести суспільству певні блага, але, водночас, можуть справляти і негативний вплив на його здоров'я.

Відкриття в галузі фізики, хімії, біології, урбанізація, бурхливий розвиток промисловості в багатьох країнах, великі обсяги будівництва, хімізація сільського господарства – все це нерідко призводить до серйозних порушень у галузі екології, що згубно позначається, насамперед, на здоров'ї лю-

дей. Тому одним із завдань громадського здоров'я є розробка рекомендацій з профілактики шкідливих явищ, які негативно впливають на здоров'я суспільства.

У медико-соціальних дослідженнях при оцінці здоров'я виокремлюють чотири рівні:

- Перший рівень: здоров'я окремої людини — індивідуальне здоров'я.
- Другий рівень: здоров'я соціальних та етнічних груп — групове здоров'я;
- Третій рівень: здоров'я населення адміністративних територій — регіональне здоров'я;
- Четвертий рівень: здоров'я популяції, суспільства в цілому — громадське здоров'я.

Характеристики групового, регіонального, громадського здоров'я у статистиці і динаміці розглядаються як інтегральний стан здоров'я всіх разом узятих індивідуумів. При цьому важливо розуміти, що це не просто сума даних, а об'єднані взаємопов'язані кількісні та якісні показники.

На думку експертів ВООЗ, в медичній статистиці під здоров'ям на індивідуальному рівні розуміється відсутність виявлених розладів і захворювань, а на популяційному рівні — процес зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності, а також підвищення відчутного рівня здоров'я.

Громадське здоров'я, на думку ВООЗ, варто розглядати як ресурс національної безпеки, засіб, що дає змогу людям жити благополучним, продуктивним і якісним життям. Усі люди повинні мати доступ до необхідних для забезпечення здоров'я ресурсів.

Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої (глава 22. Громадське здоров'я), Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави».

У цьому контексті особливо нагальним є проведення комплексної реформи сфери громадського здоров'я, яка передбачає заходи, що вживає держава для попередження захворювань та збереження здоров'я своїх громадян. Існуючі елементи системи громадського здоров'я ігнорують потреби здорового населення та не можуть відповісти належним чином на зростаючий тягар захворювань. Це призводить до того, що Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2015 рр., тоді як у Європейському Союзі цей

показник знизився на 6,7%. До того ж, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей ; вони мають у три-чотири рази вищу ймовірність смерті, ніж жінки у всіх вікових групах від 16 до 60 років).

Основними причинами смертності є неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні, цереброваскулярні та онко захворювання, хвороби обміну речовин тощо. Ці показники залишаються незмінними за останні роки. Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності (66,5%), далі йдуть злякисні новоутворення (13,9%), а зовнішні причини смертності знаходяться на третьому місці (6%).

Ці тривожні цифри також підтверджують факт, що переважна більшість українців є незахищеними від факторів ризику, таких як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, брак фізичної активності, забруднення навколишнього середовища тощо.

У 2016 р. в Україні була прийнята концепція розвитку громадського здоров'я. Метою прийняття проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» є визначення напрямів, механізмів і термінів формування системи громадського здоров'я, з метою розроблення та реалізації ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

**Основними засадами формування системи громадського здоров'я в Україні є:**

- 1. Право на здоров'я та його охорону** — це одне із базових прав людини, незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак.
- 2. Принцип врахування інтересів здоров'я в усіх сферах державної політики**, який базується на визнанні найзначніших проблем у галузі охорони здоров'я надзвичайно комплексними і часто пов'язаними із соціальними детермінантами здоров'я. Соціальні детермінанти здоров'я — це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють та старіють, включаючи ширше коло сил та систем, що на них впливають (наприклад, стан економічного розвитку, соціальні норми, загальна державна політика та політична система країни).
- 3. Принцип досягнення справедливості щодо здоров'я** гарантує, що державою будуть створені умови, коли жодна людина не позбавля-

ється можливості реалізувати право на здоров'я через своє соціальне становище або інші соціально зумовлені обставини.

4. **Принцип солідарної відповідальності** визнає взаємну залежність та відповідальність певних громад, спільнот, сімей та окремих осіб за їхню діяльність або бездіяльність щодо досягнення та підтримки найвищого рівня здоров'я.
5. **Принцип доказовості та економічної доцільності** — базовий для прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я.

Дана концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Система громадського здоров'я повинна доповнювати систему медичного обслуговування, стримувати витрати на нього та впливати на доступність медичної допомоги для найбільш уразливих верств населення.

На жаль, залучення громадянського суспільства, включаючи як бізнес-структури, так і неурядові громадські організації до процесу формування та реалізації політики громадського здоров'я загалом, є формальним, за виключенням сфери протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, у якій останні відіграють чи не провідну роль, чому сприяє система міжнародної допомоги.

Варто зазначити, що надання соціально-медичних послуг уразливим категоріям населення є пріоритетним напрямом соціального захисту та в цілому є важливим фактором формування громадського здоров'я в Україні.

Нинішня система соціального захисту знаходиться на етапі становлення, хоча і налічує значну кількість нових видів послуг, які надають різноманітні спеціалізовані заклади поряд із якісним перетворенням вже існуючих. Систему соціальних послуг можна розглядати як певний вид соціальних інвестицій, що за умов їхнього ефективного використання мають сприяти розвитку як окремої людини, так і українського суспільства загалом.

## 3.2. Визначення вразливих категорій населення

Соціально вразливими верствами населення, в широкому розумінні, є індивіди та/або соціальні групи, що мають більшу, ніж інші, ймовірність зазнати негативних впливів соціальних, екологічних факторів або захворюти.

Серед них можна виділити наступні категорії:

- безпритульні;
- родини, в яких є проблеми дитячої занедбаності, сексуального та фізичного насилля щодо дитини або одного з партнерів;
- подружні пари, які мають серйозні родинні конфлікти;
- родини, в яких дитину виховує лише один із батьків та мають місце серйозні протиріччя;
- ВІЛ-інфіковані люди та їхні родини;
- особи, які мають низькі доходи через безробіття, відсутність годувальника, фізичні вади, низький рівень професійної підготовки тощо;
- особи, які порушили закон і були за це покарані;
- вагітні дівчата-підлітки;
- особи, які практикують одностатеві сексуальні контакти та мають власні або сімейні проблеми;
- особи, які мають соматичні (тілесні) чи психічні захворювання або інвалідність;
- особи, залежні від алкоголю, наркотиків та їхні родини;
- іммігранти та представники національних меншин, що мають недостатні ресурси та можливості, або ті, хто став жертвою расизму, сексизму або інших форм дискримінації;
- особи із вадами розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини;
- особи похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати і потребують сторонньої допомоги;
- мігранти та біженці, які мають недостатні необхідні ресурси;
- діти, які мають проблеми, пов'язані з навчанням в школі, та їхні родини;
- особи, які перебувають у стресовому стані, пов'язаному з травмуючими подіями (вихід на пенсію, смерть близької людини тощо), а також діти, які залишили сім'ю.

Враховуючи те, що зараз Україна потерпає від епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В та С, виникає необхідність перегляду існуючих систем надання соціально-медичної допомоги населенню з особливим фокусом на представників уразливих категорій населення (груп підвищеного ризику).

Поняття «вразливі категорії населення» або «групи ризику» у формулюванні **«групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»** охарактеризовано у підпункті 4 пункту 1 ст. 1 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» наступним чином: *«групи під-*

*вищеного ризику щодо інфікування ВІЛ — це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я»<sup>18</sup>.*

Підвищений ризик інфікування ВІЛ обумовлений соціально-економічними, поведінковими чи медичними чинниками.

Питання віднесення осіб до певної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ не має єдиної універсальної відповіді. У різних країнах розробляються свої конкретні критерії віднесення осіб до таких груп, які можуть відрізнятися через специфіку епідеміологічної ситуації, поведінкові особливості населення та безпосередні завдання конкретних досліджень, які дають можливість зібрати дані щодо поведінкових практик населення країни.

В Україні належність до певної групи ризику визначається (для кожної групи окремо) практикою відповідної ризикованої поведінки протягом певного періоду часу, що передує опитуванню<sup>19</sup>, де збираються дані щодо поведінкових практик.

Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.02.2013 № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ» критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є наступні форми поведінки:

- Вживання наркотичних та психотропних засобів ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голок для ін'єкцій та наркотичних засобів.
- Статеві стосунки більш ніж з одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.
- Анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.

За умови практикування особами однієї з форм поведінки, наведених у вищезазначених Критеріях, до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ можуть бути віднесені також і особи, що перебувають у складних життєвих обставинах, а саме:

<sup>18</sup>Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

<sup>19</sup>Наказ МОЗ України від 08.02.2013 №104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ».



- особи, які утримуються в установах виконання покарань;
- безпритульні;
- іммігранти;
- особи, звільнені від відбування покарань у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк;
- безпритульні та бездоглядні діти, у тому числі діти із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, які не отримують належного батьківського піклування<sup>20</sup>.

Серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ окремо слід виділити тих, хто має найбільше ризиків та є або рушійною силою епідемії, або, так званими, «групами-мітками» щодо передачі ВІЛ-інфекції:

- Люди, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).
- Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (секс-робітники).
- Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ).
- Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків.
- Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду.
- Статеві партнери чоловіків, які практикують секс із чоловіками<sup>21</sup>.

ЛВІН з точки зору поширення епідемії ВІЛ є ключовими представниками групи осіб, які з певною регулярністю вживають наркотичні речовини.

До секс-робітників відносять жінок та чоловіків, які використовують секс як джерело доходу (постійного або тимчасового). З точки зору участі в поширенні ВІЛ-інфекції ключовими представниками цієї групи вважаються люди, для яких надання сексуальних послуг є основним (або одним з основних) джерелом заробітку та які багаторазово залучалися до секс-індустрії впродовж певного часу.

Критерієм віднесення до групи ЧСЧ є наявність досвіду одностатевих стосунків протягом усього життя або ж певного попереднього періоду часу<sup>22</sup>.

<sup>20</sup>Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

<sup>21</sup>Там само.

<sup>22</sup>Наказ МОЗ України від 08.02.2013 №104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ».

### 3.3. Соціально-медичні послуги для вразливих категорій населення

Для груп підвищеного ризику необхідні специфічні соціально-медичні послуги з огляду на їхню поведінку, ризику, пов'язані з нею, супутні інфекції тощо.

Соціально-медичні послуги цим верствам населення надають як державні, так і громадські організації, а також релігійні громади. Основними видами послуг, які надають зазначені організації їхній цільовій аудиторії, залишаються психологічні, медичні, економічні, юридичні та соціальні послуги.

**Соціальний захист** — комплекс заходів і засобів соціально-економічного та правового характеру, здійснення яких покладається на суб'єктів, щодо забезпечення прав людей на життя, розвиток, виховання, освіту, медичне обслуговування, надання матеріальної підтримки.

**Соціальна профілактика** — вид соціальної роботи, спрямованої на запобігання складним життєвим обставинам осіб, сімей, дітей та молоді, аморальній, протиправній поведінці в сім'ях, виявлення будь-якого негативного впливу на життя і здоров'я та запобігання такому впливу і поширенню соціально небезпечних хвороб серед уразливих груп.

**Соціальна реабілітація** — вид соціальної роботи, спрямованої на відновлення основних соціальних функцій, психологічного, фізичного, морального здоров'я, соціального статусу осіб, сімей, дітей та молоді.

**Соціальний супровід** — вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їхнього соціального статусу.

Сфера протидії ВІЛ-інфекції/СНІД найбільше відповідає принципам та філософії побудови системи охорони громадського здоров'я. Саме там використовуються успішні моделі надання соціально-медичних послуг уразливим категоріям населення. Розглянемо їх на прикладі людей, що вживають ін'єкційні наркотики<sup>23</sup>.

**Програми забезпечення доступу до шприців і голків** — комплексне втручання, що містить цілий ряд послуг, параметрів і принципів. Зокрема, ці програми можуть включати надання елементарної медичної допомоги, такої як, наприклад, обробка ран, служити центром переадресації клієнтів в інші організації для отримання лікування наркотичної залежності, ліку-

<sup>23</sup>Профілактика, діагностика, лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией для ключевых групп населения. Сводное руководство. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014 г.

вання, догляду та підтримки для людей, що живуть з ВІЛ, та інших медичних і соціальних послуг. Окрім набору та опису рекомендованих для цих програм послуг, ВООЗ також дає рекомендації щодо інструментарію для ін'єкцій, який розповсюджується через ці програми. Поширення ін'єкційних інструментів має супроводжуватися інформаційною роботою, зокрема наданням роз'яснень щодо ризиків, пов'язаних з певними ін'єкційними практиками, а також переваг застосування альтернативних практик та ін'єкційних інструментів (таких як, наприклад, голки з малим мертвим об'ємом (ММО))<sup>24</sup>. ВООЗ також визнає доцільність поширення іншого інструментарію, окрім шприців і голок, такого як стерильна вода, спиртові серветки, фільтри, джгути, ємності для приготування розчину для ін'єкцій, окислювачів, що підвищують розчинність деяких наркотичних речовин тощо. Важливим компонентом таких програм є, на думку ВООЗ, важливість організації збору і утилізації використаних ін'єкційних інструментів. Чи не весь перерахований інструментарій може бути однозначно асоційований зі зниженням ризику передачі ВІЛ, проте супутні інфекції можуть ускладнити лікування ВІЛ-інфекції та істотно підвищити його вартість.

**Програми забезпечення доступу до презервативів для людей, які ін'єкційно вживають наркотики, та їхніх статевих партнерів.** Різні сегменти популяції ЛВІН характеризуються неоднаковим ступенем ризику сексуальної трансмісії ВІЛ як всередині спільноти, так і від ЛВІН до їхніх сексуальних партнерів. Найбільш актуальними є послуги з профілактики сексуальної трансмісії для ЛВІН, залучених до секс-роботи, для чоловіків-ЛВІН, що мають сексуальні контакти з чоловіками, а також для споживачів стимуляторів. Окрім чоловічих презервативів ВООЗ також рекомендує поширення жіночих презервативів і лубрикантів, а також надання послуг із планування сім'ї для жінок, які споживають наркотики або є сексуальними партнерами чоловіків, що вживають наркотики.

**Адресна інформація, освіта та комунікація для людей, що ін'єкційно вживають наркотики, та їхніх статевих партнерів** — це комплекс заходів, спрямований на досягнення і підтримання необхідних змін у поведінці

<sup>24</sup>Голки з малим мертвим об'ємом (ММО) були розроблені заради зменшення ризику передачі ВІЛ через ін'єкції наркотичних речовин. За рахунок того, що голка в них довша за звичайну (продовжується нижче основи, у якій її закріплено), в «носику» шприца при використанні такої голки залишається вдвічі менше рідини. При використанні такого шприца загальна кількість копій вірусу у залишковій рідині виявляється достатньо малою для інфікування, навіть при контакті здорової людини з інфікованою кров'ю. Такі голки є однією з позицій у низці ін'єкційного інструментарію з ММО: шприців з голкою, що не знімається (1мл, інсулінові/Never share), шприців з ММО (за рахунок подовженого поршня), та з'ємних голок з ММО, які можна вдягати на звичайні шприци. Їх називають також Total Dose (вся доза) через іншу привабливу для ЛВІН властивість – можливість ввести майже весь наркотик до кінця, без залишку у «носику» шприца.

клієнтів. ВООЗ рекомендує використовувати ці інструменти в комбінації з іншими інтервенціями, такими як забезпечення доступу до стерильного ін'єкційного інструменту і презервативів, лікування наркотичної залежності, а також застосовувати їх багаторазово для підтримання позитивного ефекту. Конкретний зміст інформаційно-освітньої роботи залежить від особливостей та потреб цільової групи, місцевої ситуації, ступеню підготовленості цільової аудиторії. Проте необхідними елементами, з точки зору ВООЗ, є роз'яснення ризику передачі ВІЛ при ін'єкційному споживанні наркотиків і сексуальних контактах, пояснення стратегій зниження ризику та інших ризиків, пов'язаних зі споживанням наркотиків, і шляхів їх подолання; роз'яснення механізмів отримання послуг та необхідної підтримки; ключова інформація про наркотики, які використовуються в країні/регіоні; роз'яснення прав і механізмів отримання юридичної допомоги; надання знань та навичок, необхідних для запобігання і дій в разі передозування (включаючи вироблення навичок серцево-легеневої реанімації серед ЛВІН, членів їх сімей, партнерів і друзів, а також про роль і використання налоксону — антагоніста опіоїдів, здатного подолати пригнічення дихання при передозуванні опіоїдами). Інформаційно-освітня робота може проводитися в різних формах (включаючи індивідуальне, парне і групове консультування) і використовувати різні засоби інформації. У будь-якому випадку, інформація повинна відповідати місцевій ситуації, враховувати потреби цільових груп і викладатися у формі, доступній для цільової аудиторії. Особливо ефективною є інформаційно-освітня робота, що проводиться рівними серед рівних.

**Замісна підтримуюча терапія (ЗПТ)** та інші способи лікування наркотичної залежності з доведеною ефективністю — комплексне втручання, а скоріше ціла група інтервенцій, яка об'єднує моделі лікування з принципово відмінними завданнями, а саме як орієнтовані на повну відмову від вживання наркотиків, так і засновані на контрольованому вживанні з мінімізацією негативних наслідків. Основний елемент цього комплексу з точки зору профілактики і лікування ВІЛ-інфекції — саме замісна терапія. Ця програма має безпосередній профілактичний ефект завдяки зниженню кількості епізодів ін'єкційного вживання наркотиків і стабілізації психосоціального стану клієнтів, що сприяє становленню більш безпечних моделей поведінки, а також є важливим механізмом забезпечення доступу і прихильності до лікування ВІЛ-інфекції та зниження смертності серед ЛВІН. ЗПТ також може бути застосована при неін'єкційному вживанні опіатів і знижує ймовірність переходу на ін'єкційне вживання, що також може розглядатися, як один із методів профілактики ВІЛ.

**Тестування на ВІЛ та консультування** — комплексне втручання, спрямоване на визначення ВІЛ-статусу клієнта, що супроводжується наданням

необхідної інформації і психосоціальної підтримки, а також формуванням найбільш придатної для даного клієнта програми подальших дій.

**Профілактика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).** Наявність ІПСШ може біологічно підвищити ймовірність передачі ВІЛ статевим шляхом. Як і у випадку з іншими медичними послугами, надання послуги на аустріч-маршрутах в рамках профілактичних програм, які впроваджуються неурядовими організаціями (НУО), є найбільш ефективним способом забезпечення доступу ЛВІН до цієї послуги.

**Профілактика, вакцинація, діагностика та лікування вірусного гепатиту.** Вірусні гепатити, насамперед В і С, негативно позначаються на стані здоров'я ЛВІН та знижують ефективність їхньої участі в профілактичних і лікувальних програмах. Зокрема поєднана інфекція гепатит/ВІЛ спричиняє більш швидкий розвиток хвороби печінки і смертність.

**Профілактика, діагностика і лікування туберкульозу (ТБ).** ЛВІН, особливо ВІЛ-позитивні, схильні до підвищеного ризику інфікування ТБ і розвитку хвороби. ВООЗ рекомендує забезпечення поінформованості ЛВІН про ці ризики і доступність скринінгу, тестування, а також профілактичного лікування ізоніазидом для ВІЛ-позитивних ЛВІН з неактивною формою ТБ, і лікування активної форми для тих, кому таке лікування показано. ВООЗ рекомендує тісну співпрацю протитуберкульозних лікувальних закладів з програмами профілактики ВІЛ та забезпечення безперешкодного доступу ЛВІН до лікування на базі таких установ.

## Питання для перевірки знань

1. Що саме вивчає громадське здоров'я як наукова галузь?
2. Назвіть показники оцінки системи громадського здоров'я, які рекомендує ВООЗ.
3. Які основні засади формування системи громадського здоров'я в Україні?
4. Які категорії населення відносять до соціально вразливих?
5. Наведіть приклади вдалих моделей надання соціально-медичних послуг уразливим категоріям населення.

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Складіть список факторів (умов) навколишнього середовища, що впливають на здоров'я людини.

2. У списку факторів, розроблених під час попереднього завдання, визначте ті, що негативно впливають на здоров'я людини. Поміркуйте, як можна зменшити цей вплив за участі громади.
3. Проаналізуйте, як впливає спосіб життя на здоров'я окремої людини та групове здоров'я? Які чинники є найвпливовішими?
4. Наведіть приклади рекомендацій для збереження та покращення здоров'я, враховуючи вплив способу життя на здоров'я людини.
5. Поміркуйте та доведіть, що для покращення здоров'я нації замало реформи медичної галузі. Що ще потрібно змінити?

## Література для поглибленого вивчення

1. Интегрированный подход к предоставлению медицинских и социально-психологических услуг для клиентов заместительной поддерживающей терапии в Украине (опыт МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».) — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. — 72 с.
2. Жизнь уязвимых к ВИЧ людей: потребителей инъекционных наркотиков, женщин секс-бизнеса, мужчин, практикующих секс с мужчинами / М. Варбан, Л. Шульга, И. Демченко, Н. Белоносова. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. — 52 с.
3. Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. — ВОЗ, 2012. — 36 с.
4. Руководство по разработке стандартных операционных процедур (стандартов предоставления услуг) в рамках программ профилактики, ухода, поддержки и лечения ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики (ЛУН/ПИН) — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. — 60 с.
5. Снижение вреда при изготовлении наркотических веществ потребителями инъекционных наркотиков / Шульга Л., Гайдук С., Бредихина Е. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2015. — 27 с.

## РОЗДІЛ 4.

# МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ ЩОДО НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА СОЦІАЛЬНО- МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

- 4.1. Основні теоретичні аспекти міжсекторальної співпраці у соціальній сфері
  - 4.2. Соціальне партнерство та його роль у формуванні міжсекторальної співпраці у процесі надання соціальних послуг
    - Питання для перевірки знань*
    - Завдання для індивідуальної роботи*
    - Література для поглибленого вивчення*
- 

### 4.1. Основні теоретичні аспекти міжсекторальної співпраці у соціальній сфері

Міжсекторальна співпраця базується на партнерських стосунках між відомствами та організаціями, які представляють різні суспільні сектори (державний, комерційний та громадський) у соціальній роботі. Взаємні обов'язки та чіткі правила взаємодії фіксуються, як правило, у спільній угоді/договорі про співпрацю.

До *державного сектора* суспільства відносяться державні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Саме вони вирішують завдання управління загальними справами місцевої громади, забезпечують впровадження законів та інших нормативних документів, які регламентують процес соціальної роботи та надання соціальних послуг через систему соціальних служб та установ.

Діяльність у рамках *комерційного сектора* націлена, насамперед, на активізацію соціально-відповідального бізнесу, який не тільки дотримується норм громадянського суспільства та піклується про матеріальне благополуччя своїх співробітників, але й ефективно розпоряджається ресурсами, стимулює та підтримує добродійність у сфері соціальної роботи.

Діяльність *некомерційного (громадського) сектора* (або *третього сектора*) спрямована на вирішення проблем представників місцевих громад або вразливих категорій населення. Саме третій сектор впливає на

формування активних членів громадянського суспільства на місцях (волонтерів, лідерів, місцевих активістів).

Міжсекторальна співпраця у сфері соціальної роботи має на меті:

- здійснення обміну інформацією та ресурсами;
- планування та координацію надання соціальних послуг;
- розбудову соціального партнерства;
- здійснення представництва та адвокації інтересів клієнтів тощо.

Варто розрізнати поняття «міжсекторальна» та «міжгалузева» взаємодія. Це різні поняття, оскільки на відміну від міжсекторальної взаємодії, міжгалузеву слід розуміти як співпрацю державних соціальних інституцій різних галузей, які певною мірою взаємно перетинаються, маючи дотичні напрями та/або категорії роботи, клієнтів з метою досягнення оптимального результату діяльності (тобто представників тільки державного сектора). До міжгалузевих методів взаємодії відносять: обмін управлінською інформацією, ідеями, технологіями, документацією. Найбільш ефективним є спільно розроблені інструменти, заходи, планування. До них відносяться освітні, просвітницькі методи інформаційної підтримки управлінської діяльності, консультування і делегування повноважень.

Міжсекторальна співпраця може здійснюватися *шляхом*<sup>25</sup> (рис. 12):

- 1) делегування одного або декількох завдань соціальної роботи соціальним партнерам з передачею необхідних ресурсів (наприклад, проведення кейс-менеджменту, вуличної соціальної роботи, соціального супроводу);
- 2) реалізації спільних соціальних проектів;
- 3) спільного фінансування (утримання) соціальних об'єктів (наприклад, соціально-реабілітаційних центрів) або оплати праці фахівців із соціальної роботи;
- 4) організації та управління спільними соціальними об'єктами (притулки для бездомних осіб, соціальні гуртожитки тощо);
- 5) утворення спільного органу управління для виконання домовленостей та відповідних повноважень.

Підготовка спільного документу про міжсекторальну взаємодію вимагає наступних дій: створення робочої групи з числа потенційних партнерів; формулювання мети, завдань та цілей співпраці; визначення проблем та ризиків, які потребують вирішення; розробку, оприлюднення, громадське обговорення та затвердження спільного документу для подальшої взаємодії.

<sup>25</sup>Режим доступу: <http://jurconsult.net.ua/zakony-stran-sng/47080-Zakon-Ukrainy-ot-17-iyunya-2014-goda-1508-VII-O-sotrudnichestve-territorial-nyh-obshin.html>





**Рис. 12. Типовий алгоритм налагодження міжсекторальної співпраці**

Для розбудови міжсекторальної взаємодії необхідно забезпечувати прозорість у стосунках з партнерами та вибудовувати всю діяльність на чітко окреслених етичних принципах взаєморозуміння та взаємоповаги за певними напрямками:

- а) підсилювати наявні партнерські зв'язки;
- б) вивчати наявний потенціал для його розширення чи створення нових можливостей;
- в) обмінюватися досвідом, навичками і ресурсами різних партнерських структур.

### **Принципи міжсекторальної взаємодії**

**Законність.** Встановлення загальнообов'язкових правил, закріплених законодавчо, дає змогу уникнути суб'єктивізму при організації взаємодії, надає учасникам процесу чітке уявлення про їхні права та обов'язки, про належні процедури, про взаємну відповідальність тощо.

Дотримання норм права є дуже важливим для передбачуваності поведінки учасників взаємодії, уніфікованості моделей діяльності, оцінки правомірності тих чи інших дій та вчинків. На практиці часто спостерігається недосконалість правової бази міжсекторальної взаємодії. Але якщо закон (або інший нормативний правовий акт) видається тим чи іншим учасникам спільного процесу недосконалим, то кожен учасник має право на внесення поправок до чинних актів чи іншого нормативного правового акту, якщо

у правовому забезпеченні виявлені прогалини, шляхом лобювання прийняття відповідного закону (базова технологія міжсекторальної взаємодії).

*Рівний доступ до участі.* Рівний доступ означає відсутність будь-якої дискримінації, але подбати про взаємовигідне партнерство з інституціями інших секторів повинна сама організація-ініціатор певного соціального проекту.

*Відкритість.* Відповідно до цього принципу інформація про умови взаємодії, форми, методи, правила й технології не приховується. Вона може міститися в книгах, брошурах, її можна отримати із засобів масової інформації та інших засобів комунікації.

Даний принцип припускає відкритість інформації про партнерів та завдання, які прагнуть вирішити взаємодіючі сторони. Водночас, розробка пропозицій до законопроектів та проектів і програм може вестися за закритими дверима до моменту винесення на публічну дискусію.

*Добровільність.* Прийти до переконання у вигідності спільних дій можна лише на певному розвитку (і кожної організації, і в цілому по кожному сектору, представленому окремими органами та організаціями). Потреба у взаємодії повинна бути взаємною, її не варто нав'язувати (кожен учасник процесу взаємодії має бути впевненим у вигідності спільних дій).

*Різноманітність соціальних технологій.* Використання однакових технологій не дозволить зробити взаємодію системним і ефективним явищем. Кожна технологія має свої переваги, але кожна з них має й обмеження внутрішніх можливостей. За допомогою окремих специфічних технологій вирішуються свої конкретні, специфічні завдання, саме тому інша технологія у вирішенні цих завдань допомогти не зможе.

У процесі надання соціальних послуг (особливо це стосується роботи з представниками вразливих категорій населення) різні установи та організації можуть співпрацювати з:

- отримувачами соціальних послуг (клієнтами), їхніми опікунами та офіційними представниками;
- структурними підрозділами органів виконавчої влади, які займаються вирішенням питань соціального захисту населення на рівні громади (міські, районні, сільські/селищні ради та адміністрації);
- підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності, а також фізичними особами-підприємцями, які долучаються до надання соціальних послуг або соціальної допомоги для вразливих категорій населення;
- засобами масової інформації;
- комерційними організаціями (великий, середній та малий бізнес);

- громадськими організаціями (міжнародні, всеукраїнські, обласні, районні, місцеві);
- медичними закладами;
- закладами освіти та культури;
- релігійними установами та організаціями;
- громадськими лідерами (відомі люди, діячі культури, спорту, бізнесмени) та волонтерами.

Задля більшої ефективності налагодження взаємодії, покращення спільної діяльності та довіри, соціальні партнери повинні дотримуватись певних етичних норм та правил. Найважливішими є: доброзичливість; пунктуальність; уважне ставлення; толерантність; професійність; порядність; чесність та повага до інших. Деякі правила можуть бути обговорені у процесі налагодження співпраці (наприклад, якщо партнерами є релігійні організації або благодійні фонди, статутні документи яких вимагають додаткових умов для розвитку співпраці).

### **Внутрішні та зовнішні чинники, які впливають на діяльність установ та організацій, що надають соціальні послуги**

На успішність установ та організацій, що надають соціальні послуги, суттєво впливає їхній соціальний імідж не лише серед отримувачів соціальних послуг, але й серед потенційних соціальних партнерів. Тому при його формуванні слід враховувати цілий ряд зовнішніх та внутрішніх чинників впливу аби уникати можливих негативних наслідків.

*До зовнішніх чинників* впливу відносять: соціально-економічний стан держави; рівень соціальної політики; розвиток соціальної роботи як наукової та практичної форми діяльності, сформованість системи соціальної роботи.

*Внутрішні чинники* характеризуються більш специфічним характером для окремих соціальних закладів або їхніх груп, оскільки залежать від соціально-економічного розвитку регіону, культурного рівня населення, яке проживає у конкретній громаді, наявності мережі соціальних закладів та якості соціальної політики на місцях, проблематики та потреб потенційних клієнтів та їх спроможності вирішувати складні життєві обставини.

Враховання зазначених чинників дасть можливість визначати певні ризики при формуванні міжсекторальних договорів про співпрацю та уникати конфліктів у процесі спільної взаємодії.

## 4.2. Соціальне партнерство та його роль у формуванні міжсекторальної співпраці у процесі надання соціальних послуг

Соціальне партнерство у соціальній роботі — це міжсекторальна взаємодія між організаціями третього сектору (недержавні організації), державою і бізнесом задля формування соціально-відповідальної держави та громадянського суспільства на шляху вирішення соціальних проблем уразливих категорій населення.

*Мета* соціального партнерства: вирішення соціальних конфліктів, пошук міжсекторальних компромісів щодо покращання соціального стану вразливих членів суспільства та сприяння їхньому соціальному становленню.

*Функції* соціального партнерства: захисна (вирівнювання шансів усіх учасників співпраці, недопущення зміни умов діяльності на чийсь користь); організаційна (публічність та чітко визначений порядок укладання угод, їх стандартизація тощо); миротворча (на період дії угоди не допускаються конфлікти, не висуваються нові вимоги).

*Основні напрями* міжсекторального партнерства: організація соціально значимих соціальних проектів та ініціатив; проведення публічних дискусій та консультацій з питань вирішення проблем соціально уразливих категорій громадян; вжиття заходів, спрямованих на підтримку різних категорій громадян за місцем проживання; взаємодія щодо здійснення соціальної роботи та соціально-правового захисту дітей та сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах; попередження виникнення нових складних життєвих обставин.

*Головні інструменти* міжсекторальної взаємодії у соціальному партнерстві:

- а) обмін інформацією;
- б) консультації;
- в) узгоджувальні процедури;
- г) колективні переговори з укладення колективних договорів і угод (найбільш значима форма співпраці).

### **Фінансування соціальних послуг**

Міжсекторальна взаємодія у сфері надання соціальних та соціально-медичних послуг може фінансуватися з різних джерел: бюджетних коштів, за рахунок пожертв від меценатів та організацій з числа соціально-відповідального бізнесу, грантів міжнародних благодійних фондів тощо.

Важливе значення для розширення ринку соціальних послуг має діяльність фахівців із соціальної роботи з метою залучення коштів (*фандрейзинг*).

Як правило, фандрейзинг включає в себе наступні кроки:

- визначення завдань, які необхідно вирішити за допомогою отриманих коштів;
- збір повної інформації про потенційних донорів;
- аналіз можливих мотивів потенційних донорів щодо надання допомоги;
- підготовку матеріалів для донорів (заявки, прес-релізи, річні звіти, проекти, інформація про організацію тощо);
- проведення зустрічей з потенційними донорами, отримання згоди на фінансування, оформлення відповідної документації, отримання коштів, подяка;
- організацію роботи членів організації або волонтерів зі збору коштів, проведення їхнього навчання;
- установлення порядку контролю за надходженням та використанням коштів, підготовки звітної документації<sup>26</sup>.

Фахівці окреслюють певні правила успішного фандрейзингу. По-перше, фінансових джерел має бути декілька. Не слід покладатися лише на можливість отримання допомоги з боку міжнародних фондів або держави. Матеріальну допомогу можуть надати і підприємці (наприклад, дитячі книжки чи іграшки, які вони виробляють або реалізують, солодощі, фрукти тощо). Не варто нехтувати невеликими сумами пожертв або допомогою у вигляді обладнання, волонтерської праці тощо.

Загалом, процес такої діяльності можна описати наступним чином: пошук та визначення потенційних донорів; привернення їхньої уваги до можливості фінансування конкретних соціальних послуг; обговорення можливої підтримки; соціальне партнерство; спільна реалізація інших соціальних проектів.

Робота у громаді для фахівця із соціальної роботи потребує швидше конкретних ідей, які однозначно підтримає громада, аніж пошук глобальних проектів у далекій перспективі. Саме тому завжди бажано складати детальний кошторис витрат і публічно обговорювати фінансовий аспект діяльності. Досить часто експерти радять проводити спеціальні акції зі збору коштів (лотереї, благодійні акції). Ще один важливий крок щодо пошуку коштів — популяризація власної діяльності, коли про існування організації дізнається якомога більше людей.

---

<sup>26</sup>Режим доступу: [http://old.dipsm.org.ua/files/2008/11/metod\\_posib\\_mol\\_gr\\_org.pdf](http://old.dipsm.org.ua/files/2008/11/metod_posib_mol_gr_org.pdf)

В Україні сьогодні активно розробляється і починає впроваджуватися такий механізм фінансування державою надання соціальних послуг, як соціальне замовлення.

Соціальне замовлення варто розглядати як комплекс заходів організаційно-правового характеру з розробки соціальних програм і проектів за рахунок бюджетних коштів для недержавних суб'єктів шляхом підписання соціальних контрактів на конкурсній основі.

Постановою Кабінету Міністрів України від 02.04.2013 №324 «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів»<sup>27</sup> визначено механізм формування, виконання й фінансування соціального замовлення соціальних послуг, що надаються недержавними суб'єктами за рахунок бюджетних коштів (тобто це видатки місцевих бюджетів, що не враховуються під час визначення обсягу міжбюджетних трансфертів), а також організацію та проведення конкурсів із залучення таких коштів.

Замовником соціальних послуг є місцева держадміністрація (її структурний підрозділ) за умови, що вона є розпорядником бюджетних коштів із організації процесу надання соціальних послуг чи виконання соціальних програм.

Виконавцем соціального замовлення є недержавний суб'єкт, який надає соціальні послуги на підставі договору з місцевою адміністрацією після перемоги у конкурсі за результатами рейтингового оцінювання різних конкурсних пропозицій.

Для отримання соціального замовлення у обов'язкову порядку проводиться конкурс для недержавних суб'єктів (недержавні юридичні особи та фізичні особи, які відповідають критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги у сфері соціальної роботи), аби на конкурентній основі виявити найбільш ефективні організації, базуючись на їхніх конкурсних пропозиціях. Конкурсна пропозиція — це комплект документів, який готується учасником конкурсу та подається замовникові соціальних послуг (який, як правило, самостійно формує вимоги до таких заявок та публікує для публічного розгляду).

Соціальне замовлення досить часто визначають як організаційно-правовий механізм взаємодії органів місцевої влади з недержавним сектором, для більш ефективного використання бюджетних коштів щодо вирішення соціальних проблем, залучення додаткових ресурсів у соціальну сферу, підвищення адресності надання соціальних послуг з метою задоволення нагальних потреб місцевих громад.

---

<sup>27</sup>Режим доступу: [http://old.dipsm.org.ua/files/2008/11/metod\\_posib\\_mol\\_gr\\_org.pdf](http://old.dipsm.org.ua/files/2008/11/metod_posib_mol_gr_org.pdf)

## Питання для перевірки знань

1. Вкажіть мету міжсекторальної взаємодії у сфері соціальної роботи.
2. Опишіть алгоритм дій щодо підготовки спільного документу про міжсекторальну взаємодію.
3. Визначте головні інструменти міжсекторальної взаємодії у соціальному партнерстві.
4. Назвіть відмінності у поняттях «міжсекторальна взаємодія» та «міжгалузєва взаємодія».
5. Яким чином варто проводити фандрейзингову діяльність для отримання фінансування на надання соціальних послуг?
6. Хто є виконавцем соціального замовлення?

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Вкажіть основні принципи взаємодії та мотивацію до спільної участі у вирішенні проблем ЦСССДМ та ВІЛ-сервісних НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ представникам груп ризику, включаючи людей, що вживають наркотики.
2. Опишіть, хто може бути членами міжсекторальної групи з профілактики, догляду, підтримки та лікування ВІЛ-інфекції на місцевому рівні.
3. Проаналізуйте види діяльності, до яких буде залучатися ця міжсекторальна група.
4. Опишіть, на підтримку яких саме вразливих груп легше залучити кошти з місцевих джерел. Аргументуйте свою думку.
5. Проаналізуйте які саме «за» чи «проти» можуть бути у депутатів місцевих рад та органів місцевого самоврядування щодо впровадження соціального замовлення на соціально-медичні послуги для вразливих категорій населення.

## Література для поглибленого вивчення

1. Здоровый бюджет. Практика финансового менеджмента для украинских ВИЧ-сервисных организаций. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2009. — 188 с.
2. Стабильность и возможности. Обзор опыта обеспечения стабильной работы ВИЧ-сервисных НПО из различных финансовых источников /

- М. Варбан, А. Довбах, Ж. Пархоменко, Ю. Житкова и др. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2015. — 82 с.
3. Практика надання соціальних послуг сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах (науково-методичний збірник) / За ред. Комарової Н. М. / Держ. ін.-т. сімейної та молодіжної політики, Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. — К., 2016. — 112 с.
  4. Управління діяльністю соціальних служб: методичний посібник / [Гусак Н., Кабаченко та ін.; Заг. ред.: О. Іванова, Н. Гусак]; Проект Програми розвитку ООН та М-ва соц. політики України «Підтримка реформи соц. сектору в Україні». — К.: К.І.С., 2013. — 178 с. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/Management%20book.pdf>
  5. Участь громадськості у моніторингу надання послуг органами публічної влади: нормативне регулювання та існуючі практики. — К., 2013 — 120 с.

## Інформаційні ресурси

1. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2862-17>
2. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>
3. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/322-08>
4. <http://ovu.com.ua/articles/568-ministerstvo-sotsialnoyi-politiki-ukrayini/publisher>



## РОЗДІЛ 5.

# ЗАСТОСУВАННЯ ҐЕНДЕРНОГО ПІДХОДУ В СУЧАСНІЙ СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ З ВРАЗЛИВИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ ТА ОХОРОНІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*5.1. Ґендерна рівність — ціль сталого розвитку*

*5.2. Поняття «ґендер»*

*5.3. Ґендерні міфи та стереотипи*

*Питання для перевірки знань*

*Завдання для індивідуальної роботи*

*Література для поглибленого вивчення*

---

### 5.1. Ґендерна рівність — ціль сталого розвитку

Проблема рівних можливостей жінок і чоловіків в суспільстві сьогодні набула особливої значущості. Ґендерна рівність передбачає рівноправність у правах та доступі до ресурсів, що законодавчо закріплені й реально забезпечені.

ООН та інші міжнародні інституції розглядають питання ґендерної рівності як один із пріоритетів розвитку людства. Прогрес і мир ставляться у залежність від вирішення питання рівності між чоловіками і жінками на сучасному етапі. У вересні 2015 року ООН офіційно прийняла Цілі сталого розвитку (ЦСР). Ці сімнадцять цілей і 169 відповідних до них завдань визначають глобальні пріоритети розвитку до 2030 року. Вони замінили попередні вісім цілей розвитку тисячоліття ООН (2000–2015 рр.), які були рушійною силою міжнародного прогресу в попередні роки. Цілі розвитку тисячоліття були зосереджені на країнах, що розвиваються. Цілі сталого розвитку (ЦСР) визначають пріоритети для всіх країн, незалежно від їхнього ВВП і рівня доходу. Формулювались вони відкритою робочою групою, яка включала представників 70 країн з усіх регіонів світу. Ґендерна рівність визначена серед Цілей сталого розвитку на п'ятому місці<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup>Режим доступу: <http://unaids.org.ua/ua/about-unaids/strategiya-stalogi-rozvitku>

У сучасному світі моніторинг та оцінка рівня розвитку та ефективності гендерної політики держави на світовому та національному рівні здійснюється за декількома індикаторами, які містяться в «Індексі розвитку людського потенціалу» (HDI), що був започаткований Програмою Розвитку ООН у 1990 р. та публікується у відповідних щорічних доповідях Організації. Це агрегований зведений індекс, який визначає рівень середніх досягнень країн за трьома основними напрямками:

- очікувана тривалість життя;
- рівень грамотності населення країни і очікувана тривалість навчання;
- рівень життя, оцінений через валовий національний дохід на душу населення.

У 1995 році ООН були розроблені два додаткових гендерних індикатори для корегування Індексу розвитку людського потенціалу — GDI та GEM.

**Гендерний індекс людського розвитку (GDI)** — це показник, який відображає становище у країні за такими ж напрямками, як і HDI, але бере до уваги нерівність досягнень жінок та чоловіків. GDI падає, коли знижується рівень досягнень обох статей: як жінок, так і чоловіків, а також, коли збільшується розрив у досягненнях статей в країні.

**Ступінь гендерної довіри або ступінь реалізації прав жінок (GEM).** Цей показник фокусується на трьох змінних, що відображають: участь жінок в процесі прийняття політичних рішень, їхній доступ до професійних можливостей та рівень доходів. Цей показник розкриває рівень залучення жінок до державного управління та їхню роль у процесах демократизації та розвитку держави, тому що визначає участь жінок і чоловіків у політичному житті, співвідношення кількості адміністративних, управлінських, професійних посад, які обіймають чоловіки і жінки, та прибутки, залежно від їхнього гендерного статусу. Значення цього показника найвищі у країнах Британської Співдружності Націй. Так, Нова Зеландія за цим показником посідає п'яте місце в світі, Канада — шосте, Австралія — одинадцяте тощо. Найнижчий рівень показника залученості жінок спостерігається в Пакистані та Індії. Така тенденція ще раз підтверджує той факт, що рівень гендерної важливості політичного управління залежить від соціокультурних особливостей, адже ставлення в демократичних і «традиційних» суспільствах до жінок є різним.

2010 року ООН запровадила ще три багатомірні комплексні експериментальні індекси, два з яких є гендерними — IHDI та GII.

**Індекс розвитку людського потенціалу, скоригований з урахуванням нерівності (HDI, IHDI)** відображає втрати в розвитку людини з причини нерівності в сфері охорони здоров'я, освіти та доходів. Такі втрати коливаються

ся по країнах в межах від 1% щодо освіти (Чеська Республіка) до 68% щодо доходів (Намібія) і зазвичай є найбільшими в країнах з низьким HDI.

**Індекс гендерної нерівності (GII)** — відображає нерівність у досягненнях між чоловіками і жінками в трьох вимірах: репродуктивному здоров'ї, розширенні прав і можливостей, а також на ринку праці. Значення GII коливаються від нуля (повна рівність жінок і чоловіків) до одиниці (повна нерівність у всіх вимірах). Репродуктивне здоров'я вимірюється двома показниками: рівнем материнської смертності та коефіцієнтом народжуваності серед матерів-підлітків. Розширення прав і можливостей також вимірюється двома показниками: співвідношенням кількості жінок та чоловіків, які є депутатами парламенту, і рівнем середньої та вищої освіти серед жінок. Економічна активність вимірюється рівнем представленості жінок в тій частині населення, яке займає в суспільному виробництві, тобто представляє робочу силу. Цей показник призначений для виявлення ступеня підриву середніх по країні досягнень в сфері розвитку людини гендерною нерівністю, і забезпечення емпіричної основи для аналізу політики і зусиль у забезпеченні поінформованості та пропаганди<sup>29</sup>.

Для досягнення гендерної рівності в Україні необхідно, передусім, змінювати гендерні стереотипи, які панують у суспільстві, перешкоджаючи розвитку та самореалізації жінок та чоловіків. На сучасному етапі розвитку українського суспільства вже є помітним процес зміни гендерних стереотипів. Проте, йому суттєво заважають пережитки минулого, старі стереотипи скептичного ставлення до гендерної рівності, а також викривлена інформація щодо становища жінки в суспільстві.

Важливою умовою утвердження гендерної рівності є необхідність зміни ментальності чоловіків і жінок. Щоб такі зміни стали реальністю, українські жінки і чоловіки мають усвідомити їхню необхідність. Особливо це стосується ЗМІ, державного управління та політики. Жінкам складно змінити своє світобачення, аж поки вони не будуть брати участь в управлінні державою на паритетних засадах з чоловіками, доки ЗМІ перестануть поширювати гендерно нейтральні погляди на роль чоловіка і жінки у суспільстві, які формуються в процесі соціалізації індивіда під впливом сім'ї, школи, медіа. Актуальним на сьогоднішній день є формування позитивного ставлення до жінок-лідерів, які значною мірою впливають на формування масової свідомості населення.

Новий погляд на соціальну роль жінки у країнах Заходу з'являється після 60-х років у зв'язку з ростом добробуту і вдосконаленням технологій ведення господарства, розширенням мережі послуг, що зменшили потребу в жіночій домашній праці. Більша тривалість життя і зменшення народжу-

<sup>29</sup>Режим доступу: <http://studies.in.ua/paritetna-demokratija.html>

ваності скоротили час, який витрачався на виховання дітей і домашнє господарство. Зі змінами функцій сім'ї все більше й більше жінок почали працювати. Масове залучення до виробництва вплинуло на їхнє бажання просуватися кар'єрними сходами. Жінки перестають ідентифікувати себе лише з традиційною роллю матері й дружини.

В останній третині ХХ століття історична криза звичного ґендерного устрою почала викликати невдоволення як жінок, так і чоловіків, що проявилось в формуванні особливого «чоловічого питання».

Перший «Чоловічий визвольний рух» (The Men's Liberation) народився в США в 1970 роках. Його організаційним центром у 1970–80-х роках була «Національна Організація для чоловіків, які змінюються», перейменована 1991 році у «Національну організацію чоловіків проти сексизму» (The National Organization for Men Against Sexism — NOMAS).

Головне джерело всіх чоловічих проблем і труднощів ідеологи руху вбачали в обмеженості чоловічої статевої ролі та у відповідній психології. Вони зазначали, що від сексистських стереотипів страждають не лише жінки, але й чоловіки. Ці погляди поділяють і українські чоловіки, що об'єднуються у різноманітні організації, такі як «Адаптаційний чоловічий центр» (м. Тернопіль), «Ґендерний проект» (м. Вінниця) тощо. У Чернігові діє обласна громадська організація «Центр сімейної психології та розвитку», у Житомирі — обласна громадська організація «ТатКо», в Івано-Франківській області — громадська організація «Громадянська ініціатива» (м. Косів).

Рух, спрямований на залучення чоловіків до виховання дітей, розпочався ще у 60-х роках у Швеції. Потім цією ідеєю зацікавився дитячий фонд ООН ЮНІСЕФ. Саме він і є основним партнером «Тато-клуб РВ» (м. Рівне). Також успішно йде співпраця з такими організаціями, як «Євро-Азійська Ґендерна Ліга «EAGLE» та Міжнародна мережа «MenEngage».

«Євро-Азійська Ґендерна Ліга «EAGLE» — міжнародна чоловіча мережа, яка ставить собі на меті боротьбу з дискримінацією, насиллям проти дітей та жінок, торгівлею людьми. Вона була заснована у грудні 2004 р. за участі України.

## 5.2. Поняття «ґендер»<sup>30</sup>

**Ґендер** — це термін, який визначає соціальну стать людини, її соціальну роль, соціальні можливості жінок та чоловіків у суспільстві (освіті, професійній діяльності, доступі до влади).

---

<sup>30</sup>При написанні розділу були адаптовані матеріали із сайту [cpk.org.ua](http://cpk.org.ua)

Різниця між статтю і ґендером має фундаментальний характер, бо багато відмінностей між чоловіками й жінками мають небіологічне походження.

Дослівно термін «ґендер» з англійської мови перекладається як рід у лінгвістичному сенсі цього слова. У соціальних науках цей термін вперше вжив американський психоаналітик Р. Столлер.

**Таблиця 1. Порівняння значень термінів «стать» та «ґендер»**

Стать	Ґендер
<p>Біологічна відмінність між жінками та чоловіками. Визначається генетичними особливостями та анатомо-фізіологічними характеристиками при народженні.</p>	<p>Відноситься до соціальних відмінностей між жінками та чоловіками, формується за допомогою соціальних інститутів та передається від покоління до покоління через систему виховання та навчання – родину, освітніми закладами, професійним середовищем.</p>
<p>Первинні та вторинні статеві ознаки, за допомогою яких людину визначають як чоловіка чи жінку. Стать не змінюється з часом. Організм жінки пристосований до виношування дитини. Організм чоловіка пристосований до запліднення яйцеклітини. Виключенням є випадки, коли люди не ототожнюють себе зі своєю біологічною статтю та змінюють її за допомогою хірургічного втручання. Таких людей називають трансґендерними.</p>	<p>Різниця виявляється у різних соціальних ролях, статусах, якостях, ментальних та емоційних характеристиках, а також в поведінці жінок та чоловіків в суспільстві. Ґендер змінюється залежно від часу, історичного періоду, культури, економічного, соціального, політичного контексту життя суспільства. Ґендер – це набір соціальних ролей та норм, за якими жінки та чоловіки живуть в суспільстві.</p>

Пояснити, чому створення ґендеру відбувається від народження, постійно і кожним індивідом, можливо, досліджуючи не лише індивідуальний ґендерний досвід, а й сам феномен ґендеру як соціального інституту, адже він є одним із головних засобів, за допомогою якого людство організовує своє життя. Необхідно зазначити, що існує два способи відбору індивідів для вирішення будь-яких суспільних цілей:

- Перший — на основі їхнього таланту, здібностей, мотивації та компетенції, тобто демонстрованих ним досягнень.
- Другий — на основі їхньої приналежності до певної статі (ґендеру), раси, етносу, тобто передбачуваного членства у певній соціальній групі. Різні суспільства з різною інтенсивністю використовують ці два різні підходи в оцінці індивідів, проте кожне суспільство використовує ґендер і вікове розподілення.

Вочевидь, такий соціальний феномен, як ґендер, має неоднозначний зміст, включно з значною кількістю компонентів, які об'єднуються у дві основні групи: ґендер — як соціальний інститут і ґендер — як індивідуальний статус.

Як соціальний інститут ґендер складається з:

1. Ґендерних статусів — соціостатевих ролей, норм, які соціально визначаються суспільством і закріплюються через поведінку, жестикуляцію, та лінгвістичними, емоційними, психологічними приписами.
2. Ґендерного розподілу праці — розподілу виробничої і домашньої праці між членами суспільства, що наділені різним ґендерним статусом. Робота, розподілена залежно від чоловічого і жіночого ґендерного статусу, збільшує їхню оцінку суспільством: так, чоловічому, як правило, відповідає більш престижна і високооплачувана робота.
3. Ґендерно передбачуваної родинної ролі — тобто прав та можливостей для кожного ґендерного статусу в родині. Статуси в системі родинних зв'язків відображають та посилюють престиж і владу, розподіляючи різні ґендери.
4. Ґендерних біологічних (статевих) сценаріїв поведінки — нормативних зразків сексуальних бажань, сексуальної поведінки, що належить до відповідного ґендерного статусу. Члени домінуючого ґендеру мають більше сексуальних прерогативів, члени підлеглого ґендеру можуть сексуально експлуатуватися.
5. Ґендерних якостей особистості — комбінацій характерних рис, які моделюються ґендерними нормами і надають певні почуття і поведінку членам різних ґендерних статусів. Соціальні очікування у міжособистісному спілкуванні постійно підтримують ці норми.
6. Ґендерного соціального контролю — формальної і неформальної підтримки і винагороди за певний тип поведінки і, відповідно, покарання зневагою, соціальною ізоляцією, медичним лікуванням неконформістської поведінки.
7. Ґендерної ідеології — такої, що виправдовує існування ґендерних статусів, особливо різниці в їхній оцінці суспільством. Домінуюча ідеологія (маскулінна) намагається придушити критичний прояв думок, нав'язуючи свої оцінки як природні.
8. Ґендерних іміджів (образів) — культурних репрезентацій ґендеру у символічній мові і творах мистецтва, що репродукують і легітимують ґендерні статуси. Культура — головна підтримуюча сила домінування ґендерної ідеології.

Відносно індивіда ґендер складається з:

1. Категорії біологічної статі — визначається з моменту народження на основі наявності первинних ознак (геніталій). Біологічна стать може бути змінена шляхом хірургічного втручання.
2. Ґендерної ідентичності — особистісного осмислення і прийняття своєї належності до певної статі.
3. Ґендерного шлюбного і репродуктивного статусу — показним є виконання або відмова від одруження, народження дітей, родинні стосунки.
4. Ґендерних сексуальних орієнтацій — соціально і індивідуально прийнятих зразків сексуальних почуттів, бажань, практики і ідентифікації з ними.
5. Ґендерної особистості — що характеризується засвоєними моделями соціально схвалюваних почуттів, емоцій, що слугують скріпленню родових структур, інститутів батьківства.
6. Процесів з відтворювання ґендеру — соціальної практики навчання ґендерно «правильної» поведінки, у тому числі і на вербальному рівні. Постійне репродукування ґендерних відмінностей і домінування.
7. Ґендерної презентації — показ, демонстрація себе як особистості, що має відповідні ґендерні якості за допомогою одягу, косметики, прикрас та інших інформаційно значимих тілесних маркерів.

### 5.3. Ґендерні міфи та стереотипи

**Міфи** — це бездоказові твердження та розповіді, які глибоко проникли в життя чи культуру народів. Міфи виявляють себе на всіх без винятку рівнях соціальної системи. Вони можуть бути індивідуальними та колективними, продукуватися, підтримуватися та поширюватися на все суспільство чи на окремі сфери його життєдіяльності — це політичні, економічні, ґендерні, релігійні та будь-які інші міфи. Але незалежно від рівня складності системи та сфери власного втілення, всі міфи структурують соціальний простір у свідомості людини завдяки конкретним образам, що частково або повністю нівелює аналітичну діяльність особистості. Найпростішим суспільним міфом є *соціальний стереотип*<sup>31</sup>.

**Соціальні стереотипи** — це спрощене, схематизоване, іноді спотворене або навіть хибне уявлення про будь-який соціальний об'єкт, людину, групу людей, соціальне явище, соціальний процес тощо.

---

<sup>31</sup>Стереотип, грецькою *stereos* – твердий і *typos* – відбиток.

Виділяють чотири основні характеристики соціального стереотипу:

- Соціальні стереотипи можуть проявлятися у вигляді чітких та зрозумілих образів, економлячи зусилля людини при сприйнятті складних соціальних об'єктів. Проте соціальний стереотип є завжди простішим і зрозумілішим, ніж реальна дійсність. Відмінною рисою стереотипу є те, що він починає діяти ще до того, як вмикається аналітичне мислення.
- Для соціальних стереотипів характерними є стійкість та непохитність, вони протиставляють себе освіті та критиці. Якщо реальна дійсність відповідає очікуванням від неї, то стереотип додатково зміцнюється на майбутнє. Якщо реальний досвід не відповідає стереотипу, то найчастіше він сприймається як виключення, що лише підтверджує правило. Таким чином людина захищає власну картину світу. Важливо відмітити, що система стереотипів не є нейтральною. Вони служать гарантією самоповаги людини, проєктують у зовнішній світ усвідомлення її власної значущості, захищають її права та становище у соціальній ієрархії. Стереотипи наповнені почуттями, з якими вони асоціюються.
- Всі соціальні стереотипи частково або повністю є хибними. Соціальні стереотипи нав'язують конкретній людині певні риси характеру або поведінкові особливості виключно через її соціальний статус або приналежність до тієї чи іншої соціальної групи. Соціальні стереотипи не розглядають конкретне соціальне явище, соціальний процес, конкретну соціальну організацію або конкретну людину, вони надають усім соціальним проявам загальні стандартизовані характеристики крізь призму соціального середовища, в якому існують. Під впливом стереотипу людина не починає з того, що вивчає іншу людину, а потім оцінює її. Вона одразу відносить її до якоїсь категорії: добротного священика, позбавленого гумору англійця, хитру східну людину, стовідсоткового американця тощо.
- Люди набувають соціальних стереотипів ззовні (через культуру, ЗМІ тощо), а не формують їх на основі власного досвіду. Власний досвід індивіда виступає в даному випадку інструментом зміцнення або відкидання соціальних стереотипів, що вже існують в суспільстві.

Система стереотипів є жорсткою, людина звертає власну увагу на ті факти, які підтримують її картину світу, та залишає непоміченим все те, що суперечить їй.



## Гендерні міфи та стереотипи

Науковці з різних областей знання сходяться сьогодні на тому, що між чоловіками й жінками, що живуть в одній країні у схожих соціальних умовах, відмінності складають не більше 10% всіх показників, а схожість — 90%. Тобто, наприклад, між харків'янкою і харків'янином одного соціального прошарку набагато більше спільного і подібного, ніж, наприклад, між харків'янкою і жінкою з глухої індійської провінції.

Існує досить поширений гендерний міф, що на відміну від чоловіків, жінки мають нижчі інтелектуальні здібності, нелогічне, ірраціональне мислення і, як наслідок, нижчу професійну компетентність. Звідси — поширене уявлення про жінок як гірших працівників на відповідальних посадах і в інтелектуальних професіях.

Не тільки дослідження психологів, але й саме життя доводить хибність цього твердження. На сьогодні люди обох статей можуть на рівних демонструвати високі розумові й організаційні здібності. А ось чи створює суспільство для цього рівні умови — це окреме питання...

Цей гендерний міф про те, що на відміну від жінок, чоловіки менш емоційні, нездатні до співчуття й співпереживання, обходиться людству дуже дорого. Наприклад, українським чоловікам він вартує десь 12 років життя — саме такою є різниця в середній тривалості життя чоловіків і жінок. Хлопчика змалечку привчають стримувати свої почуття, не плакати («Ти ж хлопець! Солдат!»). Видатний український хірург Микола Пирогов зазначав: *«Невиплакані сльози змушують плакати внутрішні органи»*. Тому ранні інфаркти й інсульти в чоловіків — це прямий наслідок стереотипного уявлення про «чоловічу нечутливість».

Ще один гендерний міф — що жінки від природи мають потребу у створенні сім'ї та народженні дітей, в той час як чоловікам це зовсім не потрібно. На ньому базується багато стереотипів, пов'язаних з роллю української жінки як берегині, матері тощо. Ті чи інші потреби чоловіка й жінки продиктовані не природою, а суспільством. Для багатьох сучасних жінок шлюб і народження дитини є безумовною перешкодою для їхніх кар'єрних планів, тому у всьому світі зростає показник середнього віку материнства. І це та об'єктивна реальність, з якою приходиться рахуватися державам, плануючи свою демографічну політику.

Гендерний стереотип — це спрощений, стійкий, емоційно забарвлений образ поведінки і рис характеру чоловіків та жінок.

Гендерні стереотипи щодо ролі дівчаток/жінок та хлопчиків/чоловіків у соціумі здебільшого формуються та закладаються з дитинства, створюючи невидиму, але реально відчутну перепону, що заважає як чоловікам, так і жінкам реалізувати себе, обмежуючи їхні людські права.

Гендерні стереотипи проявляються у всіх сферах життя людини. Вони є досить стійкими і, за дослідженнями, значно сильніші, ніж расові. Серед причин сильного впливу гендерних стереотипів та труднощів їх руйнування є той факт, що одна стать (найчастіше — чоловіча) отримує більше привілеїв, ніж інша — жіноча.

**Усі гендерні стереотипи можна об'єднати в наступні групи:**

- 1) *Стереотипи маскулінності-фемінності* є нормативними уявленнями про соматичні, психічні, поведінкові властивості, які характерні для чоловіків і жінок. В наявних стереотипах чоловіки компетентні, домінантні, агресивні, самовпевнені, схильні міркувати логічно, здатні керувати своїми почуттями. Жінки більш пасивні, залежні, емоційні. Такі стереотипи є наслідком виховання, коли хлопчиків виховують «сильними», «мужніми», а дівчаток «турботливими» та «ніжними». У стереотипному уявленні маскулінності фіксуються «активно-творчі» характеристики особистості, такі як активність, домінантність, впевненість у собі, агресивність, логічне мислення, здатність до лідерства. Фемінність, навпаки, характеризується як «пасивно-відтворююче» начало, що проявляється в експресивних особистісних характеристиках (залежність, піклування, тривожність, низька самооцінка, емоційність). Маскулінні характеристики зазвичай протиставляються фемінним. Ця група стереотипів більшою мірою впливає на формування гендерної ідентичності особистості та усвідомлення нею власної психологічної статі, яка є різним поєднанням маскулінності та фемінності особистості. Але в житті жінки досить часто демонструють лідерську поведінку, активність, домінантність, впевненість у собі, а чоловіки — навпаки — фемінну поведінку (залежність, тривожність, низьку самооцінку). І така «невідповідність» щодо соціальних уявлень про маскулінність-фемінність ускладнює процес самореалізації людини.
- 2) *Стереотипи професійної діяльності чоловіків і жінок*: традиційною для жінок вважається обслуговуюча, виконавська діяльність; для чоловіків характерна діяльність інструментальна, творча, організаторська, керівна. Саме ця група стереотипів останнім часом зазнала значних змін через поступове «вливання» жінок у професійний простір, обіймання ними більшої кількості керівних посад, перерозподіл кількості чоловіків і жінок у ще нещодавно статево-типових сферах. Незважаючи на це, і сьогодні більша частина найбільш престижних професій в нашому суспільстві зайнята чоловіками, жінки дуже слабо представлені в уряді і на високих посадах у великих організаціях.

На топ-рівнях управління державою та великими корпораціями існує так званий «гомосоціальний світ», в якому чоловіки орієнтовані на спілкування з представниками своєї статі, в який жінкам потрапити вкрай важко. На шляху жінок до традиційно «чоловічих», високих за статусом і високооплачуваних робіт існує безліч бар'єрів, таких як завищені, несуттєві для професійної діяльності вимоги до кандидаток, сексуальні переслідування на робочому місці, професійна дискримінація та прийняті в суспільстві статево-типові норми поведінки. Гендерні стереотипи професійної діяльності в першу чергу впливають на можливості професійної кар'єри чоловіків і жінок, на оплату їхньої праці. Наприклад, жінки, які намагаються робити кар'єру, часто зустрічають на своєму шляху так звану «скляну скелю» — штучно створений бар'єр, заснований на стереотипах, що не дозволяє кваліфікованим працівникам просуватися по службі, займати керівні посади в організації. Гендерні стереотипи виступають головним чинником формування феномену «скляної скелі». Загальноприйняті стереотипи, які стверджують, що жінки — погані лідери, частково відповідальні за існування «скляної скелі». Жінки рідше отримують призначення, що сприяють швидкому просуванню службовими сходами, ніж чоловіки.

- 3) *Стереотипи поєднання сімейних і професійних ролей відповідно до статі.* Сутність стереотипів цієї групи відображає уявлення про розподіл ролей згідно статі: для чоловіків головні ролі — професійні, для жінок — сімейні. «Нормальний» чоловік прагне до побудови кар'єри, професійного успіху; «нормальна» жінка хоче вийти заміж і мати дітей, господарювати. Отже, крім власне професійного рівня та навичок, на професійну кар'єру жінок впливають наступні чинники: сімейний статус, наявність дітей, необхідність сумісництва та ін. Зрозуміло, що чим більше у жінки дітей, тим менше в неї шансів зробити достойну професійну кар'єру, як би вона не намагалася поєднувати сімейні та професійні обов'язки. Обов'язки по відношенню до родини часто є перешкодою для просування жінок по службі, так як через ці обов'язки вони не завжди можуть дозволити собі працювати позаурочні години і їздити у від'їждження. Однією з важливих особливостей професійної діяльності жінок також є те, що жінки мають необхідність працювати ще й вдома. Отже, домашня праця — це своєрідна «друга зміна», яка не оплачується, на яку потрібно витрачати час, та яка рідко заслуговує на подяку, оскільки норми, сформовані щодо жіночої ролі, передбачають виконання більшості домашніх обов'язків саме жінкою.

4) *Стереотипи зовнішності чоловіків і жінок* стосуються нормативних приписів щодо зовнішнього вигляду за ґендерною ознакою та критеріїв привабливості. Зовнішність у житті сучасної людини є дуже важливим й обов'язковим компонентом її існування, будучи сукупністю анатомічних, функціональних та соціальних ознак людини, доступних конкретно-чуттєвому відображенню. До анатомічних ознак відносять: скелетно-м'язову структуру обличчя та тіла; до функціональних — різні виразні рухи обличчя та тіла людини (міміка, пантоміміка, голос, мова); до соціальних — елементи оформлення зовнішності у вигляді одягу, косметики, прикрас. Важливу роль при оцінці зовнішньої привабливості відіграє ступінь відповідності зовнішності домінуючим стандартам краси. Власний тілесний образ, а саме, такий важливий компонент, як зовнішність, може значно впливати на очікування людини відносно успішності або неуспішності майбутньої взаємодії, та на її реальну поведінку щодо інших людей.

Аналізуючи негативну роль ґендерних стереотипів в розвитку особистості дослідники відзначають, що існуючі стереотипи образів чоловіка і жінки діють як збільшувальне скло:

- відмінності між чоловіками і жінками підкреслюються набагато більшою мірою, ніж вони є в дійсності;
- існує різна інтерпретація й оцінка тієї самої події залежно від того, до якої статі належить учасник цієї події;
- під впливом ґендерних стереотипів гальмується розвиток тих якостей особистості, що не відповідають даним стереотипам, а отже чоловіків змушують бути маскулініними, а жінок — фемінними, навіть тоді, коли це не відповідає їх прагненням та бажанням;
- ґендерні стереотипи ускладнюють професійну самореалізацію жінок та можливості реалізувати себе в сім'ї для чоловіків.

Серед інших можливих негативних наслідків впливу стереотипів на розвиток особистості та міжособистісну взаємодію слід відзначити наступні:

- небажання змінювати своє ставлення та поведінку стосовно стереотипних ґендерних груп у спілкуванні;
- зниження продуктивності взаємодії між представниками різної статі;
- формування спотвореного погляду на світ і на самого себе, через необхідність відповідати стереотипним уявленням про ґендерну групу, або навпаки, боротися з існуючими стереотипами.

Усі три групи стереотипів тісно переплетені між собою, мають міцні позиції в суспільстві, а тому суттєво впливають на нього. При цьому вплив є прихованим і тому дуже важко піддається коригуванню.

Але далеко не всі жінки і чоловіки відповідають цим стереотипам. У період соціальних трансформацій проблема гендерної ідентифікації стає дедалі більш актуальною. Зміна традиційних уявлень і стереотипів має включати переосмислення усталених ролей чоловіка і жінки, усвідомлення того, що не існує «суто» чоловічої, чи жіночої особистості. Всім людським особистостям притаманні самостійність і залежність, активність та пасивність, сила та слабкість, залежно від певних умов та ситуацій.

Негативний вплив гендерних стереотипів на життя людини може полягати у наступному<sup>32</sup>:

**Стереотип — «успішності/статусу».** Йдеться про те, що цінність чоловіка визначається розміром його заробітку та успішністю на роботі. Ця норма може негативно впливати на самооцінку чоловіка і прояв його як дбайливого батька. Адже більшість чоловіків, як і жінок, не здатні повністю відповідати стереотипу щодо норми успішності. Переконавання, що головний обов'язок чоловіка у родині — справно приносити все більшу зарплату, негативно впливає на виконання ним батьківських функцій. По-перше, щоб відповідати цим очікуванням, чоловік повинен майже весь свій час присвячувати роботі, участь його у вихованні дітей значно скорочується і він віддаляється від сім'ї та родинного оточення. По-друге, не всі чоловіки мають велику зарплату та постійну роботу. Разом з тим, чоловік може взяти відпустку по догляду за дитиною, тоді як жінка будуватиме кар'єру або зароблятиме кошти на утримання родини. Не всі чоловіки та не всі жінки можуть бути бізнес-лідерами, героями і директорами фірм. Здебільшого такий стереотип нав'язується з дитинства і призводить у подальшому до заниженої самооцінки.

Варто бути обережним у роботі з цим стереотипом, з огляду на те, що його вплив поширюється не лише на поведінку чоловіків, а й на взаємини в родині. Консультанту слід звернути увагу на те, чого очікує жінка від свого партнера в сімейному житті. Частіше такою відповіддю є бажання жінки, щоб чоловік забезпечував добробут та статок. Тобто, фактично, жінки самі підтримують та культивують необхідність дотримання норми «успішності» для власного чоловіка. Отже, роботу консультанта варто спрямовувати на роботу з очікуваннями партнерів у сімейному житті.

<sup>32</sup>Адаптовано з джерела «Гендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ. Посібник з питань використання гендерних підходів у наданні послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, призначений для фахівців сфери соціальної роботи, представників державних та неурядових організацій». – К.: Інжиніринг, 2011. – 48 с.

Для жінок такий стереотип є небезпечним, тому що вони обирають пасивну роль та економічну залежність. Жінкам необхідно допомогти повірити в себе, у свої можливості та навчитися покладатися на власні сили. У роботі з цією нормою варто обирати методи, які передбачають індивідуальне та групове обговорення небезпечності стереотипу для здоров'я передусім самого чоловіка.

**Стереотип «розумової твердості»** — очікування від чоловіка високого рівня знань та безперечної компетенції. Чоловік, що намагається відповідати моделі, яка перевищує його компетентність, зрозумівши, що чогось не знає, починає відчувати тривогу (вона буде особливо інтенсивною, якщо йому здаватиметься, що оточуючі можуть здогадатися про його некомпетентність). Ця норма може заважати сприйняттю нової інформації, бути причиною серйозних помилок і створювати проблеми у сфері взаємовідносин, призводити до насильства і проявів агресії. Нездатні реалізуватися іншими способами чоловіки особливо люблять демонструвати мужність шляхом насильства. Для безпорадного чоловіка насильство може бути чи не єдиним засобом відчутти себе сильним, сказати самому собі: *«Я — чоловік, нехай і не успішний в економічному плані, але можу бути успішним як лідер сім'ї (можу покерувати, вдарити, скривдити тощо)»*.

Ця норма підштовхує чоловіків до здійснення ризикованих і агресивних дій з метою демонстрації своєї мужності. Чоловіки, що підтримують традиційне ставлення до мужності, менш регулярно, за їхніми ж словами, користуються презервативом, і серед них частіше існує думка, що запобігання вагітності — не чоловіча справа.

**Стереотип «фізичної твердості»** може проявлятися у ризикованій поведінці чоловіка, пов'язаній зі зловживанням психоактивними речовинами, незахищеними сексуальними контактами, іноді з кількома партнерками, як свідчення «фізичної (сексуальної) спроможності» чоловіка; а також у відмові чоловіків звертатися за лікуванням, що стає, в подальшому, фактором поширення ВІЛ. Це стереотип мужності, згідно з яким чоловік повинен мати фізичну силу і проявляти високу фізичну активність.

Враховуючи ці стереотипи, варто зважати на стать консультанта, який працює в ВІЛ-сервісних організаціях та установах, оскільки часто чоловікам легше дискутувати, отримати консультацію, звертатися з певним незрозумілим запитанням до консультантів чоловічої статі. Сексуальне насильство теж може бути компенсацією «невідповідності» нормі фізичної твердості. Наприклад, почуття власної фізичної слабкості може примушувати чоловіка ґвалтувати — щоб додати собі впевненості у власних силах, владі та перевазі. Іншими словами, чоловіки, яким недоступні загальноприйняті шляхи досягнення успіху, утверджують себе на терені насильства.

З огляду на стереотип «норми розумової та фізичної твердості» ВІЛ-позитивні чоловіки рідко звертаються за допомогою до фахівців та за консультаціями, що теж має бути темою обговорень як із чоловіками, так і з жінками (дружиною, сестрою, подругою). Важливо розуміти, що чоловіки так само емоційні, як і жінки, але через свою стереотипну роль «сильного чоловіка» можуть бути менш експресивними. Відповідно, вони бояться розкриватися. Рівень саморозкриття емоцій пов'язаний з тим, якою мірою чоловік чи жінка наслідують ті чи інші ґендерні ролі. Чоловіки, які високо цінують традиційні поняття про мужність, намагаються уникати саморозкриття. При роботі з такими клієнтами фахівцям слід наголошувати на розумінні хвилювання чоловіка щодо можливості прояву власної некомпетентності у певній сфері, зокрема у питаннях статевого життя та ВІЛ/СНІДу. Це вимагає від фахівців відповідної кваліфікації та володіння комунікативними навиками, які формують довіру та саморозкриття.

**Стереотип «антижіночності»** містить ідею про те, що чоловікам варто уникати видів роботи та виявлення особистісних рис, що асоціюються з жіночністю. Як і норма емоційної твердості, ця норма також пригнічує вираження емоцій, не дозволяє проявляти почуття, притаманні як жінкам, так і чоловікам: ніжність та емпатію, плач, виявлення ображеності, співчуття, жалю (такі прояви стереотипно вважаються жіночими моделями поведінки).

Важлива частина функціонування людини — це вияв ніжності, турботи, постійної емоційної підтримки, потреба в обіймах дитини, дружини, чоловіка. Багатьом чоловікам важко даються такі дії, оскільки вони пов'язують їх із жіночністю, а суспільні стереотипні ролі, що нав'язувалися з дитинства, вчили їх уникати будь-яких проявів ніжності та турботливості. Норма антижіночності заважає створенню системи рівності та підтримки у родині, рівнозначності у домашніх справах, оскільки чоловіки асоціюють роботу по дому чи господарству з жінками та жіночністю. Тривалий час вважалося, що чоловік психологічно здоровий, якщо він відповідає традиційним уявленням про мужність, а жінка здорова, якщо відповідає традиційним уявленням про жіночість. Наразі більшого поширення набуває точка зору, що чоловіча або жіноча стереотипна ґендерна роль може бути джерелом тривоги і напруги через те, що деякі її аспекти дисфункціональні, суперечливі і, як наслідок, шкодять розкриттю особистості.

Вплив цього стереотипу можна розглядати через призму сімейних взаємин. Кращим форматом для обговорення є консультування подружжя. «Норма антижіночності» зміцнює віру чоловіків у відсутність необхідності займатися хатніми справами, господарювати та допомагати у догляді за дітьми, що збільшує навантаження на дружину, особливо з ВІЛ-позитивним статусом.



Останнім часом в Україні спостерігається фемінізація епідемії ВІЛ-інфекції, як наслідок цього зростає кількість ВІЛ-позитивних дітей. Протидія епідемії, з урахуванням гендерного аспекту є одним з пріоритетних напрямів діяльності ВІЛ-сервісних організацій та суспільства загалом. Гендерний аспект протидії епідемії визначає рівні можливості для жінок і чоловіків щодо отримання якісних та різноманітних профілактичних послуг. В процесі надання послуг клієнти громадських організацій часто стикаються з проявами гендерної дискримінації та сексизму з боку соціальних працівників. За результатами формативного дослідження гендерно-орієнтованих проектів та послуг у сфері зменшення шкоди було виявлено наступні гендерні стереотипи співробітників деяких НУО<sup>33</sup>:

- Жінки та чоловіки — зовсім різні, вони мають дуже мало спільного.
- Жінки — слабкі та вразливі, а чоловіки — сильні та впевнені в собі.
- Лідерські якості більш характерні для чоловіків, а жінки підкорюються їм в різних сферах життя.
- Жінки більш непередбачувані та незрозумілі, а чоловіки — конкретні та зрозумілі.
- Чоловік має бути відповідальним за сім'ю, а жінка виконувати роль «красуні» і мами.

Тобто в результаті впливу гендерних стереотипів соціальні працівники можуть керуватися помилковими уявленнями щодо потреб та особливостей поведінки жінок та чоловіків і, тим самим, проявляти ознаки гендерної дискримінації клієнтів.

Гендерна дискримінація — дискримінація за ознакою статі — дії чи бездіяльність, що виражають будь-яке розрізнення, виняток або привілеї за ознакою статі, якщо вони спрямовані на обмеження або унеможливають визнання, користування чи здійснення на рівних засадах прав і свобод людини для жінок і чоловіків.

Сексизм — це ідеологія і практика дискримінації людей за ознакою статі.

Ідеологія і практика сексизму ґрунтується на традиційних гендерних стереотипах, що поляризують та ієрархізують поняття чоловічого та жіночого у культурі, формуючи патріархальну гендерну систему.

Гендерна дискримінація та сексизм є похідними від існуючих в суспільстві гендерних стереотипів.

Досить часто соціальні працівники орієнтуються у своїй діяльності не на принципи рівності жінок та чоловіків, а на гендерні стереотипи. Наприклад, соціальні послуги для жінок ототожнюють із соціальним забезпеченням. Чоловіки,

<sup>33</sup>Адаптовано з джерела «Краткое изложение результатов формативного исследования гендерно-ориентированных проектов и услуг в сфере снижения вреда»/ Л. Шульга, М. Варбан, К. Яременко – К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2016.



натомість, часто взагалі виключаються з числа можливих клієнтів соціальних служб, хоча соціально-психологічна допомога їм теж необхідна. Наприклад, це чоловіки, які переживають наслідки розлучення, які повернулися з зони бойових дій та переживають посттравматичний синдром, які демонструють агресивну поведінку щодо власних дружин.

Соціальний працівник повинен розуміти, що специфіка поведінки людини, яка потрапила в складну ситуацію, багато в чому залежить від суспільних стереотипів. Жінка може не вірити у свій потенціал, чоловік соромиться просити про психологічну допомогу.

*Гендерна рівність* — рівний правовий статус жінок і чоловіків та однакові можливості для його реалізації, що дає змогу особам обох статей рівноправно брати участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

*Гендерна чутливість* — бажання та здатність усвідомлювати та визнавати наявні гендерні відмінності, питання і прояви нерівності та враховувати ці аспекти у стратегіях і діях. Це один із критеріїв оцінки планування змін, проектів, методів дослідження й аналізу. Гендерна чутливість реалізується у змінах, які враховують становище жінки і чоловіка, не погіршують становище жінок і чоловіків, сприяють встановленню гендерного балансу (відвідування лікаря у зв'язку з вагітністю жінки, додаткова відпустка для чоловіка по догляду за дитиною тощо).

Від того, чи розпізнають соціальні працівники гендерну нерівність на індивідуальному рівні в безпосередній взаємодії з клієнтами, залежать перспективи антидискримінаційного соціального обслуговування, соціальної справедливості і соціального розвитку. З якими соціальними проблемами не взаємодіяли б соціальні працівники — бідністю, споживанням наркотичних речовин, питаннями охорони дитинства, безробіттям, житловими або молодіжними проблемами, проблемами літніх людей, самотніх матерів, багатодітних сімей або сімей з інвалідами, сімейним насильством — так чи інакше вони стикаються з патріархальними сімейними відносинами<sup>34</sup>, де чинник статі грає вельми істотну роль, підсилюючи прояви соціальної несправедливості. Також необхідно пам'ятати, що дискримінація може бути за віком, за расою, за соціально-економічним становищем людини.

При оцінці важкої життєвої ситуації клієнтів існує ризик того, що соціальні працівники, перебуваючи в полоні стереотипів, вважатимуть покликання жінок, передусім, в здійсненні догляду за дітьми та іншими членами родини. Справді, багато жінок піклуються про своїх дітей та інших членів сім'ї, виконуючи великий об'єм домашньої роботи. Проте у них є і інші потреби, уміння, знання і здібності, про які ми часом просто не здогадуємося.

---

<sup>34</sup>Патріархальна сім'я — та, в якій панує чоловік, батько. Саме він приймає найважливіші та значимі рішення, він вершить долю дітей і є розпорядником сімейного бюджету.

Працівники соціальних служб, згідно загальноприйнятим уявленням, іноді роблять акцент на взаєминах усередині сім'ї, розглядаючи проблеми жінки виключно як матері, дружини або дочки, ігноруючи статус зайнятості своєї клієнтки в трудовій сфері.

Окрім того, ця її роль і відповідна даній ролі робота вдома, турбота про непрацездатних родичів сприймається суспільством як прямий обов'язок, як належне, і в аналогічних обставинах жінки отримують від держави менше допомоги. Як показують дослідження, соціальні працівники в Україні інколи користуються помилковим очікуванням і упередженням, сприймаючи жінок-клієнток як носіїв виключно сімейних ролей і функцій, крізь призму життєвого і «жіночого» досвіду. В існуючій системі соціальної допомоги і підтримки недооцінюється роль чоловіків як батьків, основні одержувачі допомоги для дітей — це їхні матері. Чоловік/батько навряд чи зважиться звернутися з яким-небудь питанням, заявити про свою власну потребу в консультації, проблемах своїх дітей і сім'ї загалом.

## Питання для перевірки знань

1. Дайте визначення поняттям «гендер» та «стать».
2. Назвіть складові гендеру як соціального інституту.
3. Проаналізуйте чинники, які зумовлюють гендерну диференціацію суспільства.
4. Визначте, що таке гендерні стереотипи.
5. Назвіть основні групи гендерних стереотипів та наведіть їх приклади.
6. Наведіть приклади негативного впливу гендерних стереотипів на поведінку людини.

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Виконайте вправу «Добре бути чоловіком, добре бути жінкою». Для її виконання вправи використовуйте наступну інструкцію: «взьміть два аркуші паперу А4, напишіть зверху на одному з них «Добре бути чоловіком, бо ...». На другому зверху напишіть «Добре бути жінкою, бо ...». Після цього візьміть один з аркушів, який вам хочеться взяти першим, та завершіть вислів, який ви написали зверху. Напишіть декілька варіантів закінчення вислову. Після цього напишіть варіанти ваших відповідей на другому аркуші.

2. Назовіть найпоширеніші гендерні стереотипи в соціальній роботі з представниками вразливих категорій населення.
3. Напишіть есе на тему: *«Як подолати гендерні стереотипи в соціальній роботі з вразливими категоріями населення»*.

## Література для поглибленого вивчення

1. Агеев В.С. Психологические исследования социальных стереотипов / В.С. Агеев // Вопросы психологии. — 1986. — №1. — С. 95–101.
2. Берн Ш. Гендерная психология. Законы мужского и женского поведения. — СПб: Прайм — Еврознак, 2007. — 318 с.
3. Гендер в снижении вреда. От гендерно-чувствительных услуг до гендерного равенства. — К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2016. — 27 с.
4. Говорун Т.В. Гендерна психологія: Навч. посібник / Т.В. Говорун, О.М. Кікінежді. — К.: «Академія», 2004. — 308 с.
5. Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві / За ред. Ю.І. Саєнка. — К.: ВАІТЕ, 2007. — 143 с.
6. Гендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ. Посібник з питань використання гендерних підходів у наданні послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, призначений для фахівців сфери соціальної роботи, представників державних та неурядових організацій. — К.: Інжиніринг, 2011. — 48 с.
7. Кімел М.С. Гендероване суспільство / М.С. Кімел. — К.: Сфера, 2003. — 490 с.
8. Краткое изложение результатов формативного исследования гендерно-ориентированных проектов и услуг в сфере снижения вреда/ Л. Шульга, М. Варбан, К. Яременко. — К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2016.
9. «Ми різні — ми рівні». Основи культури гендерної рівності: Навчальний посібник для учнів 9–12 класів загальноосвітніх навчальних закладів / за ред. О. Семиколєнної. — К.: «К.І.С.», 2007. — 176 с.
10. Оксамитна С.М. Гендерні ролі та стереотипи / С.М. Оксамитна // Основи теорії гендеру. — К.: К.І.С., 2004. — С. 157–181.
11. Основи теорії гендеру: Навч. посібник. — К., 2004. — 536 с.
12. Плахотнік О. Ліки проти гендерних стереотипів// №3(19). — 2009. — №1 (21).

## РОЗДІЛ 6.

# ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

- 6.1. *Гендерно-чутливі та гендерно-перетворюючі послуги*
- 6.2. *Особливості запровадження гендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення*
- 6.3. *Консультавання та інформування отримувачів послуг з урахуванням гендерно-чутливого підходу*
- 6.4. *Етика застосування гендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення*

*Питання для перевірки знань*

*Завдання для індивідуальної роботи*

*Література для поглибленого вивчення*

---

### 6.1. Гендерно-чутливі та гендерно-перетворюючі послуги

Соціальні послуги — комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, з метою поліпшення або відтворення їхньої життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

**Гендерна чутливість** — система сформованих (чи таких, що лише потребують свого оформлення) поглядів (оцінок, думок, переконань тощо) окремої людини чи соціальної групи, що свідчать про їхнє розуміння взаємозв'язку між гендерними ролями та реальними обставинами, які обумовлюють їхнє насичення й існування.

Від того, чи розпізнають фахівці, що надають соціально-медичні послуги, гендерну нерівність на індивідуальному рівні в безпосередній взаємодії з клієнтами, залежать перспективи антидискримінаційного соціаль-

ного обслуговування, соціальної справедливості і соціального розвитку. З якими б соціальними проблемами не взаємодіяли ці фахівці — бідністю, наркоманією, питаннями охорони дитинства, безробіттям, житловими або молодіжними питаннями, проблемами літніх людей, самотніх матерів, багатодітних сімей або родин з інвалідами, насильством — так чи інакше вони стикаються з патріархальними сімейними стосунками, де чинник статі грає вельми істотну роль, підсилюючи прояви соціальної несправедливості. Також необхідно пам'ятати, що дискримінація може бути за віком, за расою, за соціально-економічним становищем людини.

При оцінці важкої життєвої ситуації клієнтів існує ризик того, що соціальні працівники або інші фахівці, керуючись стереотипам, бачитимуть призначення жінок, передусім, в здійсненні догляду за дітьми і іншими членами родини. Насправді, багато жінок піклуються про своїх дітей та про інших членів сім'ї, виконуючи великий об'єм роботи по дому. Проте у них є і інші потреби, уміння, знання і здібності, про які ми часом просто не здогадуємося.

Працівники соціальних служб, згідно загальноприйнятих уявлень, іноді роблять акцент на взаєминах усередині сім'ї і розглядають проблеми жінки виключно як матері, дружини або дочки, ігноруючи статус трудових відносин своєї клієнтки.

Гендерно-орієнтований підхід в наданні соціальних послуг має бути спрямований на розвиток потенціалу, підвищення самооцінки, покращення якості життя.

**Гендерно-чутливі послуги** — послуги, які враховують існуючу гендерну нерівність, звертаючись до проблематики гендерних норм, ролей та доступу до ресурсів. Головний принцип — надавати різні послуги жінкам та чоловікам, коли їхні потреби відрізняються, та організовувати надання однакових за кількістю та якістю послуг, коли потреби жінок та чоловіків співпадають.

Гендерно-перетворюючі програми/послуги націлені на трансформацію гендерних ролей чоловіків і жінок, а також стосунків між ними, шляхом перетворення нерівноправних гендерних відносин на сприяння розподілу між чоловіками і жінками владних повноважень, контролю над ресурсами, процедур прийняття рішень, а також для підтримки розширення повноважень і сфер компетенції жінок.

Серед різновидів таких програм/послуг можна виділити наступні:

**Гендерно-чутливі програми/послуги** керуються тим, що жінки і чоловіки стикаються з різними проблемами через свої соціальні ролі і можуть по-різному реагувати на послуги. Програми цього типу намагаються впливати на гендерні норми, ролі і доступ до ресурсів, але лише настільки, наскільки це необхідно для досягнення цілей проекту. Прикладами таких програм можуть бути:

- Популяризація жіночих презервативів.
- Заходи, спрямовані на сприяння комплексному, відповідному віку і гендерно-чутливому навчанню молоді життєво-необхідним навичкам, як в загальноосвітній школі (за допомогою інтегрування такого навчання в національні навчальні плани), так і поза школою, включаючи інформування молоді про сексуальне і репродуктивне здоров'я та ВІЛ.
- Заходи щодо спеціального навчання і розвитку потенціалів, спрямовані на інтегрування освітнього принципу «рівний навчає рівного» в програми для важкодосяжних груп населення, таких як заміжні жінки, дівчата-підлітки, дівчата і жінки, що належать до маргінальних груп (мігранти, мешканки сільських регіонів, біженці), юнаки і чоловіки, чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), і секс-працівники.
- Заходи, спрямовані на партнерів жінок і чоловіків, що перебувають на лікуванні ВІЛ та інших супутніх захворювань, щоб заручитися їхньою підтримкою і забезпечити також і для них можливість лікування в разі потреби.
- Заходи, що сприяють участі секс-працівників та мереж взаємодії секс-працівників у розробці, реалізації та моніторингу програм з сексуального і репродуктивного здоров'я та протидії ВІЛ.
- Програми, що займаються проблематикою стигматизації та дискримінації, з якою стикаються чоловіки, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), в рамках існуючих систем охорони здоров'я та в суспільстві загалом, і надають їм психологічну підтримку, мотивуючи їх до використання доступної інформації про ВІЛ, сексуальне і репродуктивне здоров'я, а також відповідних послуг і підтримки.
- Заходи на робочому місці або на базі організацій, в ході яких всім учасникам пояснюється, як користуватися чоловічими та жіночими презервативами.
- Покращений, рівноправний і недискримінаційний доступ до послуг з підтримки сексуального та репродуктивного здоров'я та профілактики інфікування ВІЛ (наприклад, до добровільного консультування та тестування на ВІЛ, антиретровірусної терапії, лікування опортуністичних інфекцій, планування сім'ї), націлених спеціально на потреби дівчат та жінок, юнаків та чоловіків та інших уразливих категорій населення.
- Програми добровільного консультування і тестування на ВІЛ, що сприяють залученню до участі у них партнерів, причому з першого контакту.
- Заходи, в ході яких жінкам надається інформація про доступні для них заходи профілактики (наприклад, жіночі презервативи, бактеріцидні засоби) і доступ до відповідних засобів.

**Інтервенції зі збільшення потенціалу** мають на меті рівномірний розподіл між чоловіками і жінками владних повноважень, контролю над ресурсами, процедур прийняття рішень, розширення повноважень і сфер компетенції жінок. Наприклад:

- Забезпечення жінок доступом до інформації, освіти і навичок.
- Підтримка жіночих ініціатив тощо.

**Гендерно-перетворюючі програми** можуть включати:

- Заходи, спрямовані на підтримку участі людей, що живуть з ВІЛ або СНІД (ЛЖВС), чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), секс-працівників, лесбіянок, геїв, бісексуалів і трансгендерів (ЛГБТ), осіб, що вживають ін'єкційні наркотики, жінок, що належать до маргінальних груп та інших груп населення, які перебувають в несприятливому становищі, в процесах планування, прийняття рішень і перегляду реагування на епідемію ВІЛ.
- Програми, націлені на зміну поведінки в напрямку більшого гендерного рівноправ'я за допомогою проведення роботи не лише з окремими чоловіками і жінками, а й з парами, — з метою вдосконалення спілкування в рамках гетеросексуальних стосунків.
- Заходи, які звертаються до проблематики шкідливих гендерних норм і практик, що сприяють підвищенню ризику інфікування ВІЛ серед дівчат та жінок (таких, наприклад, як міжвікові сексуальні взаємини між чоловіками старшого віку і жінками, які набагато молодші; домашнє насильство під впливом гендерних факторів; велика кількість і/або паралельні сексуальні стосунки), націлені на їхню трансформацію.
- Заходи, які звертаються до проблематики шкідливих гендерних норм і практик, що піддають юнаків і чоловіків до ризику інфікування ВІЛ (велика кількість партнерів і/або паралельні сексуальні стосунки; випадковий незахищений секс, найчастіше під дією алкоголю та наркотиків), і націлені на їхню трансформацію з акцентом на залучення юнаків і чоловіків до поширення більш гендерно-рівноправних норм і установок.
- Кампанії в засобах масової інформації, присвячені проблематиці недопущення насильства, гендерних аспектів і маскулінності (набору якостей, притаманних представникам чоловічої статі), що кидають виклик традиційним поглядам (наприклад, щодо участі чоловіків-батьків у догляді за малолітніми дітьми), які спонукають чоловіків (і жінок) зайняти активну позицію на захист гендерного рівноправ'я, звертаючись до однієї з основних і глибинних причин епідемії ВІЛ, коли чоловіки представляються в позитивному образі, а не в якості переносників збудника захворювання.

У сфері охорони здоров'я такими **ґендерно-перетворюючими програмами є:**

- Програми, в рамках яких здійснюється співпраця з установами охорони здоров'я і їхнім персоналом з метою забезпечення відповідності всіх послуг, що надаються для чоловіків до стану їхнього здоров'я та психологічних потреб, створення для чоловіків сприятливих можливостей для роздумів над ґендерними питаннями та нормами сексуальної поведінки, а також спонукання їх до вироблення в собі навичок турботи про дітей, спілкування з партнером і догляду за іншими людьми.
- Програми, спрямовані на пари (а не окремих чоловіків та жінок), як цільових одиниць реалізації заходів. Консультування пар в клініках, які проводять тестування на ВІЛ, щоб допомогти парам впоратися з ситуацією згідно з результатами їхнього тестування, а в рамках програм з планування сім'ї — з метою сприяння подвійній профілактиці: небажаної вагітності та інфікування ВІЛ.
- Ґендерно-чутливі програми/послуги.

## **6.2. Особливості запровадження ґендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення**

Загальною метою запровадження ґендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення є забезпечення рівноправного доступу жінок та чоловіків до ґендерно-чутливих і якісних медико-соціальних послуг в Україні.

Соціально-економічна криза в Україні призвела до суттєвого зниження життєвого рівня переважної більшості населення, зростання безробіття, поширення неповної зайнятості, перерозподілу трудових ресурсів з легального сектору економіки в «тіньовий», поглиблення поляризації суспільства за життєвим рівнем. Об'єктивні процеси соціально-економічних перетворень позначаються, передусім, на окремих категоріях соціально вразливих груп населення, що потребує постійного врахування змін умов життєдіяльності і своєчасного формування адекватної програми соціального захисту.

Соціально вразливими верствами населення, в широкому розумінні, є представники вразливих/пригнічених верств населення, а саме: індивіди або соціальні групи, що мають більшу, ніж інші, ймовірність зазнати негативних впливів соціальних, екологічних факторів або захворіти. Синонімом цього поняття є «групи ризику», які є об'єктом надання медико-соціальних послуг.



Українське законодавство створює правове поле і передумови для рівного доступу уразливих груп до отримання послуг, але не забезпечує їх. Наприклад, розглянемо доступ та особливості надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД для такої категорії, як споживачі ін'єкційних наркотиків, враховуючи вплив ґендерних аспектів на програму.

Дослідження, проведені в Україні та світі, показують, що чоловіки і жінки, що вживають ін'єкційні наркотики, стикаються з різними ризиками. Результати поведінкового дослідження серед споживачів наркотиків в Україні показали, що поведінка жінок-ЛВІН пов'язана з більшою кількістю ризиків інфікування ВІЛ порівняно з чоловіками. Так, наприклад, частка ЛВІН, які протягом останніх 30 днів практикували хоча б одну модель ризикованого вживання наркотиків (використовували шприц іншої людини, купували ін'єкцію в уже заповненому шприці, наповнювали шприц з уже використаного або застосовували спільне обладнання та матеріали для приготування або розподілу наркотиків), становить 79% для чоловіків і 83% для жінок. Вживання стимуляторів вважається більш ризикованим з точки зору ВІЛ-інфікування, ніж опіатів (через більшу частоту ін'єкцій). Зокрема, вживання лише стимуляторів відзначають 11% чоловіків і 16% жінок, тоді як частка тих, хто практикує змішане вживання, однакова серед представників обох статей (23%).

Чоловік може шантажувати жінку, примушуючи її до незахищеного сексу, або, в крайніх випадках, використовувати як джерело прибутку, змушуючи надавати секс-послуги за плату.

Для жінок більш характерні незахищені сексуальні контакти з постійним партнером. Серед причин — шкідливий вплив таких стереотипів як, наприклад, *«презерватив зменшує задоволення від сексу»*, *«презерватив свідчить про недовіру»*, *«інфікування від власного чоловіка/партнера малоймовірне»*, *«користуватися презервативом не має сенсу, якщо можна заразитися вживаючи наркотики»*.

Окрім того, з біологічної точки зору, жінки більш схильні до передачі ВІЛ-інфекції порівняно з чоловіками. Найчастіше жінки не вводять наркотики ін'єкційним шляхом самостійно, а потребують допомоги партнера.

55% жінок-ЛВІН стикаються з проявами психологічного насильства, 49% — фізичного, 41% — економічного насильства, 32% респонденток-ЛВІН примушували до сексу насильно, 23% стикалися з образами і побиттям з боку партнера, якщо наполягали на використанні презерватива.

Всі вищезгадані чинники підвищують уразливість жінок до ВІЛ.

Водночас, жінки, які вживають наркотики, стикаються з низкою перешкод в доступі до медичної допомоги. Відповідальність за дітей і страх втрати права опіки над ними може створювати серйозні перешкоди в доступі до наркологічної допомоги, послуг зі зменшення шкоди, відкритого

обговорення проблем, пов'язаних з наркозалежністю, з медичними працівниками. Під впливом чоловіків жінки часто відмовляються відвідувати організації, що надають різні соціальні та медичні послуги. Наприклад, шанси отримати послуги з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у ВІЛ-позитивних жінок, що вживають наркотики, майже на 50% нижчі порівняно з іншими жінками.

За офіційними даними на 01.01.2015 р. 81% учасників програми замісної підтримувальної терапії становили чоловіки і лише 19% — жінки. Часто жінки хочуть покинути вживання наркотиків або стати учасницями програми ЗПТ, але не можуть це зробити через відсутність таких послуг в їхньому населеному пункті і свою «прив'язаність» до власного дому. Більшість персоналу наркологічних клінік складають чоловіки, відсутні спеціальні відділення або сайти ЗПТ для жінок. На базі медичних установ, де жінка отримує ЗПТ, відсутні медичні послуги для дітей (в тому числі немає педіатра або можливості вакцинації). Відсутність сайтів ЗПТ на базі жіночих консультацій і пологових будинків також є фактором ризику для жінок-ЛВІН.

Поширеним є точка зору, що пакет жіночих послуг пов'язаний з суто «жіночими» практиками — прання, приготування їжі, виховання дітей, догляд за собою, а також орієнтація на вузьких фахівців — психолога, гінеколога, юриста. Тоді як послуги для чоловіків — це обмін шприців, ігри, Інтернет. Такий підхід часто позбавляє чоловіків і жінок універсальних послуг і підсилює стереотипи про чоловіків і жінок. Визначаючи прання білизни «жіночою» послугою, ми забуваємо, що чоловіки теж її потребують. Те, що серед чоловіків менш затребувані такі фахівці, як психолог і андролог/уролог, може означати не відсутність потреби в послугах даних фахівців, а те, що серед чоловіків відсутня практика звернення до цих фахівців через помилкове уявлення про «маскулінність».

### **Гендерно-чутливі послуги для жінок**

Жінки-ЛВІН потребують спеціально орієнтованих саме на них інформаційних послуг, які відповідають на всі специфічні жіночі потреби в таких сферах, як здоров'я, материнство, безпека, матеріальна незалежність і соціалізація.

Зокрема для жінок завжди є привабливим «жіночий пакет послуг», пропонуваній на пунктах довіри виключно для них. «Жіночий пакет послуг», окрім стандартного пакета послуг, пропонуваного пунктом довіри своїм клієнтам, може включати:

- засоби жіночої гігієни, жіночі презервативи (фемідоми); косметичні засоби — протизапальні креми, тоніки, шампуні;
- консультації «жіночих» лікарів — гінеколога, мамолога, а також супровід в разі вагітності;

- консультації косметолога-дерматолога;
- інформаційні матеріали — про вагітність, пологи, годування немовлят, про жіноче здоров'я і хвороби, рекомендації по догляду за собою.

Існує потреба в організації дружнього простору для спілкування жінок і їхньої самореалізації.

Жінками затребувані заходи, спрямовані на творчість, можливість відчувати себе потрібною.

Окрім цього, для залучення клієнтів/ок в програми профілактики можна використовувати заходи, організовані навколо ідеї «краси», яка є вельми привабливою для жінок-ЛВІН. Це можуть бути жіночі групи взаємодопомоги, консультації «фахівців з краси», «курси краси» та інформаційні матеріали.

Причинами мотивуючої сили бажання бути красивою для жінки-ЛВІН є:

- Бути нормальною жінкою, яка виглядає, як всі люди.
- Бути успішною жінкою, тобто жінкою, яка подобається чоловікам.
- Бути красивою жінкою, значить — особистістю.

Прикладами успішних гендерно-чутливих моделей надання послуг в НУО, що працюють з уразливими групами, в Україні є наступні<sup>35</sup>:

**Аутріч-робота, сфокусована на жінках.** Консультування жінок на аутріч-маршрутах може фокусуватися на гендерних аспектах аддиктології (залежності), таких як типи залежності жінок, поєднана залежність від наркотиків, сексу тощо.

Робота з чоловіками-ЛВІН мала на меті:

- залучення більшої кількості жінок до програм зменшення шкоди;
- інформування чоловіків-ЛВІН про новий підхід в роботі з роз'ясненням причин таких змін з метою популяризації програми серед клієнтів обох статей.

Це допомогло поліпшити відвідуваність жінками-ЛВІН пунктів надання послуг і поширення інформації про доступні послуги для жінок. Дана робота також проводилася з метою зміни ставлення чоловіків до жінок, особливо до жінок-ЛВІН. Вирішення гендерних проблем у співпраці з чоловіками являється більш доцільним, адже саме чоловіки найчастіше впливають на

<sup>35</sup>За результатами реалізації пілотних проектів «Впровадження гендерно-чутливих послуг у програми Зменшення шкоди» у п'яти містах України 2010-2011 рр., а також проекту «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі Зменшення Шкоди в Україні» 2015-2017 рр., що реалізовував МБФ «Альянс громадського здоров'я».

прийняття жінками таких рішень, як, наприклад, використання презерватива або стерильного шприца.

**Комбінація структурованих освітніх заходів** або щотижнева групова робота з волонтерами, які працюють за принципом «рівний-рівному».

Групові заняття повинні проводитися один раз на тиждень протягом 12-ти тижнів. Заняття проводяться в один і той же день тижня. Кожне включає три частини: соціалізацію, освітній компонент, звіт про виконану за тиждень аустріч-роботу. Склад групи не змінюється протягом усього періоду роботи групи. Наприкінці кожного заняття жінки отримують винагороду за проведenu роботу.

В процесі роботи групи жінки-ЛВІН за допомогою двох фасилітаторів вивчали такі теми:

- Методи проведення аустріч-роботи за принципом «рівний-рівному».
- Стратегії зменшення шкоди залежно від виду вживаного наркотику.
- Безпечний секс, використання презерватива і вміння домовлятися з партнером про використання презервативів.
- Репродуктивне здоров'я жінок, які вживають наркотики.
- Профілактика і надання першої допомоги при передозуванні опіатами і стимуляторами.
- Здорове харчування людей, що вживають наркотики, складання здорового меню при невеликих фінансових витратах.
- Розуміння, ідентифікація та уникнення потенційно небезпечних ситуацій, пов'язаних як із сексуальними практиками, так і з вживанням наркотиків.
- Турбота про своє здоров'я і особисту привабливість у випадку вживання наркотиків.
- Уміння і навички, пов'язані з опікою над дитиною (як уникнути втрати батьківського права, як розмовляти з дитиною про наркотики).
- Туберкульоз.

Незважаючи на те, що фасилітаторів групи мотивували дотримуватися заздалегідь складеного плану занять, деякі теми могли змінюватися відповідно до потреб учасниць.

**Створення емоційно і фізично безпечної обстановки.** Ґрунтуючись на ідеї емоційної і фізичної безпеки, що сприяє поліпшенню рівня доступу до послуг, в організаціях здійснені наступні зміни:

- а) Виділено спеціальний період, під час якого у жінок-ЛВІН буде доступ до послуг з профілактики ВІЛ, при цьому жінкам гарантується відсутність клієнтів-чоловіків. Згідно з дослідженням, що проводилося у рамках пілотного проекту МБФ «Альянс громадського здоров'я» «Впровадження гендерно-чутливих послуг у проектах Зменшення шкоди в Україні», присутність чоловіків часто ставала бар'єром для доступу жінок-ЛВІН до послуг. Жінки відчували страх і дискомфорт під час обговорення делікатних тем у присутності чоловіків.
- б) Проводилися регулярні групові зустрічі соціальних працівників і жінок-ЛВІН, особливо тих, хто залучений до роботи за принципом «рівний-рівному» та в програми вторинного обміну шприців, з метою розвитку взаємовідношень між персоналом проекту та клієнтками, а також для забезпечення зворотного зв'язку, що дає можливість НУО найбільш оперативно відповідати на потреби цільової групи. Більш того, такі зустрічі допомагають жінкам-ЛВІН відчути себе повноцінними учасниками програми, що, в свою чергу, знижує рівень ізоляції представників цільової групи. Зустрічі також сприяють формуванню більш співчутливого ставлення соціальних працівників до жінок, що вживають наркотики.
- в) Забезпечувався тимчасовий догляд за дітьми, доки батьки отримували послуги. Ця діяльність дає змогу зменшити перешкоди доступу до послуг.

**Підтримка «рівний — рівному»** у програмі ЗПТ. Це нова інтервенція, яка пілотувалася в 2016 році у рамках проекту «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі зменшення шкоди в Україні», що виконується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки організації «Французька міжнародна експертиза ініціатива 5%». Принцип роботи «рівний — рівному», де спільнота залучена до вирішення власних проблем, є рушійною силою та запорукою успіху. У рамках цієї інтервенції одна більш досвідчена і спеціально навчена клієнтка програми ЗПТ з числа ЛВІН підтримує, інформує та навчає іншу клієнтку, сприяючи її утриманню в програмі ЗПТ. Метою цієї діяльності є розвінчання міфів, підвищення обізнаності щодо збереження здоров'я, зменшення впливу стереотипів щодо перебування жінок-ЛВІН у програмі ЗПТ.

### 6.3. Консультування та інформування отримувачів послуг з урахуванням ґендерно-чутливого підходу

**Консультування** — це послуга, яка спрямована на інформування, мотивування, підтримку клієнтів. Це взаємодія клієнтів та соціальних працівників, у ході якої фахівці отримують запит від клієнтів та допомагають знайти ресурси для вирішення складної ситуації.

Якщо запит клієнта виходить за межі компетенції соціального працівника, то клієнта переадресовують до компетентного спеціаліста — лікаря, психолога, юриста тощо.

*Мета консультування* в соціальній роботі — розв’язання проблем і подолання труднощів, покращення якості життя клієнта, розвиток клієнта та його потенціалу.

#### **Завданнями консультування є допомога клієнту:**

- зрозуміти, що відбувається у його житті загалом та щодо певної проблеми зокрема;
- обирати та діяти на власний розсуд, усвідомлено зробити вибір (прийняти рішення);
- досягти поставленої мети на основі прийнятого рішення;
- опанувати нову поведінку та підходи до розв’язання проблем у особистісному розвитку тощо.

Консультування з урахуванням ґендерно-чутливого підходу складається з таких етапів:

- *Встановлення контакту та досягнення взаєморозуміння* (привітання — при першій зустрічі, вступне запитання та перегляд попередніх зустрічей — при повторній консультації). На цьому етапі важливо встановити контакт. Досить часто соціальні працівники мають ґендерні стереотипи щодо того, як поводити себе на етапі знайомства з жінками/чоловіками.
- *«Можливість поспілкуватися, доброзичливе ставлення та приємна атмосфера в НУО більш важливі для жінок, ніж для чоловіків»<sup>36</sup>* — це ґендерний стереотип соціального працівника в сфері зменшення шкоди. Соціальний працівник має чітко усвідомлювати, що будь-яка людина має право на доброзичливе ставлення, незалежно від статі.

<sup>36</sup>Краткое изложение результатов формативного исследования гендерно-ориентированных проектов и услуг в сфере снижения вреда/ Л. Шульга, М. Варбан, К. Яременко – К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2016.

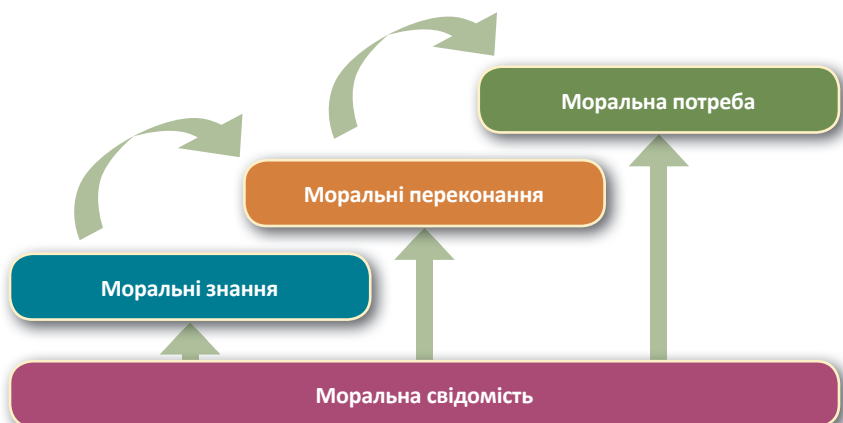
- *Визначення запиту клієнта.* На цьому етапі необхідно визначити причину звернення клієнта. Якщо соціальний працівник може допомогти клієнту — він консультує його далі. Якщо запит клієнта знаходиться за межами компетенції соціального працівника — той переадресовує клієнта іншому спеціалісту. На цьому етапі соціальні працівники досить часто вважають, що з жінками потрібно спілкуватися делікатно, говорити про життя. І досить часто вони так і не визначають запит, з яким прийшла жінка.
- *Детальне обговорення проблеми, інформування клієнта.* На цьому етапі соціальні працівники досить часто вважають, що чоловіків потрібно консультувати/інформувати з використанням статистики, чітко, логічно. А жінці досить часто не розповідають необхідної інформації, бо консультант зосереджений на психологічній підтримці жінки.
- *Вибір варіантів вирішення проблеми* (інформування, мотивування). На цьому етапі консультант досить часто намагається самостійно обрати за клієнта варіант вирішення проблеми. Якщо клієнт не бере на себе відповідальність щодо вирішення проблеми — це його вибір. І консультант не може нічого змінити.
- *Підведення підсумків.* Консультант говорить про результати зустрічі, запитує у клієнта чи все йому зрозуміло, як він себе почуває. Якщо необхідно — консультант домовляється з клієнтом про наступну зустріч. Необхідно розуміти, що клієнт може відмовитися від подальшої співпраці на будь-якому з етапів консультування. Незважаючи на це, наступна зустріч з цим клієнтом починається з встановлення контакту.

## 6.4. Етика застосування ґендерного підходу для надання медико-соціальних послуг представникам уразливих груп населення

Етика (грец. *ethika*, від *ethos* — звичай) — філософська наука, об'єктом вивчення якої є мораль, її розвиток, норми і роль у суспільстві. Як галузь філософії етика покликана на теоретичному рівні вирішувати питання моралі і моральності, що виникають перед людиною в її повсякденній діяльності. Соціальна робота як особливий вид професійної діяльності має специфічну, тільки їй притаманну сукупність ідеалів і цінностей, принципів і норм поведінки фахівців. Об'єктом вивчення професійної етики соціальної роботи є професійна мораль фахівців, а предметом — етичні відносини, етична свідомість і етичні дії соціальних працівників.

Моральна норма — форма моральних вимог, які регулюють поведінку людей через загальні приписи і заборони, які поширюються на однотипні вчинки. В соціальній роботі моральною нормою є загальна змістовна вимога до поведінки та діяльності соціального працівника стосовно суб'єктів діяльності. Моральні норми є основою етичного кодексу соціального працівника.

Моральна свідомість соціального працівника включає три компоненти (рис. 13).



**Рис. 13. Складові моральної свідомості соціального працівника**

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

Функції етики професійної роботи визначаються значною кількістю факторів, основними з яких є сутність, зміст і спрямованість професії (табл. 2).

Професійна діяльність соціального працівника базується на трьох фундаментальних положеннях, які визначають етичні особливості роботи:

- повага до людини, визнання її безумовної цінності, незалежно від реальних досягнень та поведінки особистості;
- визнання того, що людина — це унікальна соціальна істота, яка реалізує свою унікальність у стосунках з іншими людьми і залежить від них у власному розвитку;
- усвідомлення того, що людині одвічно притаманна здатність до змін, покращення свого життя, зростання, а звідси — прагнення до свободи вибору та прийняття рішень.



**Таблиця 2. Основні функції етики соціальної роботи<sup>37</sup>**

Оціночна	Дає можливість оцінювати з точки зору відповідності моральним нормам і принципам поведінку, дії, цілі, завдання учасників процесу, їхні прагнення, наміри, обрані засоби досягнення мети і кінцеві результати.
Регулятивна	Регулює поведінку і дії соціального працівника у різних формальних і неформальних ситуаціях, щоб вони гармонійно вписувались у діяльність всієї професійної групи й відповідали суті професії.
Організаційна	Сприяє покращенню організації соціальної роботи, вимагаючи від учасників процесу діяльності творчого виконання професійного обов'язку.
Керівна	Засіб соціального керівництва поведінкою і діями соціального працівника у ході процесу в інтересах справи.
Мотиваційна	Засіб формування соціально і професійно схвальних мотивів діяльності.
Координуюча	Забезпечує співробітництво всіх учасників процесу, надання соціальної допомоги клієнту, що будується на основі довіри і взаємної допомоги.
Регламентуюча	Спрямовує і обумовлює вибір соціальним працівником чи соціальною службою цілей, методів та засобів надання допомоги клієнту.
Відтворююча	Дозволяє відтворювати дії соціальних працівників і стосунки соціальних працівників між собою та з клієнтами на основах моралі.
Виховна	Засіб виховання та вдосконалення особистості соціального працівника, його клієнта та соціального оточення клієнта.
Комунікативна	Засіб комунікації між спеціалістами та їх клієнтами.
Оптимізуюча	Сприяє підвищенню ефективності та якості соціальної роботи, зростанню статусу професії в суспільстві, рівня її моральності.
Стабілізуюча	Сприяє стабілізації усіх типів взаємовідносин, у які вступає соціальний працівник.
Раціоналізуюча	Полегшує соціальному працівникові вибір цілей, методів, засобів впливу, найефективнішого та найсприятливого з точки зору професійної моралі рішення.
Превентивна	Застерігає, захищає соціального працівника від вчинків та дій, що завдають шкоди клієнту та суспільству.
Прогностична	Дозволяє прогнозувати дії та поведінку окремих соціальних працівників та їх колективів, їхній етичний розвиток.
Вирішення протиріч	Сприяє уникненню, вирішенню й залагоджуванню протиріч, що виникають у процесі соціальної роботи між її суб'єктами.
Інформаційна	Залучає соціальних працівників до системи цінностей професійної соціальної роботи та професійної моралі.
Соціальна	Сприяє створенню умов, сприятливих для реалізації соціальної роботи в суспільстві.
Соціалізуюча	Слугує залученню соціального працівника до пануючої у суспільстві системи цінностей та моралі.

<sup>37</sup> Адаптовано з публікації Ішук С.В. Етика соціальної роботи / Курс лекцій. — Тернопіль: ТДПУ, 2008. — 59 с.

Шляхи розв'язання моральних проблем та прийняття найбільш адекватного професійного рішення в етичних питаннях закріплені Етичним кодексом спеціалістів із соціальної роботи України.

В основу Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України покладено вітчизняний досвід, міжнародні етичні принципи і стандарти соціальної роботи Міжнародної Федерації соціальних працівників (IFSW).

### **Етичні принципи соціальної роботи**

З філософської точки зору поняття «принцип» має два значення:

- 1) основне, вихідне положення будь-якої теорії, вчення, концепції та провідна ідея, основне правило діяльності;
- 2) внутрішнє переконання, погляд на явища, що визначають норму поведінки.

Принципи соціальної роботи тісно взаємопов'язані з етичними аспектами даної професії й передбачають наявність відповідних особистісно-моральних рис (милосердя до людей, прихильність до людей, народів, культур, доброзичливість, безкорисливість, чесність, відвертість, раціональність організації допомоги, розуміння, а не засуджування клієнта, залучення його до співпраці на основі добровільності та свободи вибору, оберігання його особистої гідності та честі, прийняття його таким, яким він є; дотримання конфіденційності, відсутність будь-якої упередженості щодо клієнта тощо). Основні принципи, якими повинен керуватися соціальний працівник у своїй щоденній діяльності, викладені у «Міжнародній Декларації про етичні принципи соціальної роботи» та професійно-етичних кодексах асоціацій соціальних працівників окремих країн. У своїй роботі соціальний працівник повинен керуватися принципами професійної етики — найбільш загальними вимогами, які виражають основні напрямки поведінки спеціаліста стосовно того чи іншого суб'єкта взаємовідносин, що виникають у процесі соціальної роботи.

### **Принципи професійної етики соціального працівника:**

1. *Повага до гідності кожної людини.* Кожна людина є неповторною та унікальною, що необхідно враховувати соціальним працівникам, не допускаючи жодного прояву зневаги до особистості. Кожна людина має право на самореалізацію, якщо це не призводить до порушення прав інших людей. Соціальна робота є несумісною з прямим чи опосередкованим примусом клієнтів до будь-яких дій, навіть на користь клієнта або його близького соціального оточення.

2. *Доступність послуг.* Допомога надається кожному, хто звертається за захистом, підтримкою, консультацією або порадою, без будь-якої дискримінації щодо статі, віку, фізичних або розумових обмежень, соціальної чи расової приналежності, віросповідання, мови, політичних поглядів, сексуальної орієнтації.
3. *Особиста відповідальність соціального працівника* за небажані для клієнта і суспільства результати його діяльності. Представник соціальних служб повинен виступати з позицій можливого, цілеспрямованого, необхідного і бажаного результату. Не можна вимагати відповідальності соціального працівника за віддалені результати спільних дій з клієнтом та їх наслідки: зв'язок може бути перерваний, клієнт може використати результати спільної діяльності у вирішенні своїх актуальних проблем.
4. *Чесність та відкритість у взаємовідносинах* соціального працівника та клієнта є основою для довіри та поваги у стосунках. Передбачає повну поінформованість клієнта щодо результатів спільних дій, пояснення причин невдач та планів щодо виправлення помилок і досягнення поставленої мети. Повнота поінформованості клієнта про застосовувані дії сприяє активізації його особистісного потенціалу. Дотримання даного принципу передбачає повагу до прав клієнта та його гідності, зменшує можливість бездіяльності або здійснення помилкових дій з боку клієнта.
5. *Повага щодо права клієнта на прийняття самостійного рішення* на будь-якому етапі спільних дій є проявом поваги до прав людини. Виходячи з цього, необхідно з'ясувати не лише проблеми клієнта але й його потреби, бачення проблеми, кінцевого результату; усі дії треба добре обґрунтувати і аргументувати. Клієнт має право відмовитися від них у будь-який момент, якщо його погляди змінилися.
6. *Конфіденційність* — повідомлення будь-якої персональної інформації можливе тільки за згодою клієнта при умові необхідності співпраці з метою вирішення проблеми. Всі учасники повинні бути попереджені про необхідність дотримання конфіденційності.
7. *Принцип доброзичливості* є основою моральної культури соціального працівника, відображенням і проявом любові до людей. Дотримання цього принципу дозволяє здійснювати керівництво діями клієнта, тактовно і коректно вказувати на помилки і недоліки.
8. *Принцип безкорисливості* передбачає не лише виконання соціальним працівником посадових інструкцій, а й докладання усіх зусиль та використання всіх ресурсів для вирішення конкретної проблеми. Безкорисливість проявляється щодо клієнта, оскільки він не оплачує послуг спеціаліста. Відносини соціального працівника та клієнта не можуть будуватися на основі будь-якої матеріальної зацікавленості.

9. *Пріоритетність інтересів клієнтів.* Спеціалісти із соціальної роботи спрямовують усі свої зусилля, знання та навички на допомогу окремим громадянам, сім'ям, групам, спільнотам та громадам для їх удосконалення, а також з метою розв'язання конфліктів та подолання їхніх наслідків.
10. *Толерантність.* Спеціалісти із соціальної роботи є толерантними до різних емоційних проявів клієнтів, мають належний рівень професійної підготовки, за будь-яких обставин зберігають рівновагу та терпимість. Погляди та світогляд соціального працівника і клієнта можуть не співпадати, але не можуть бути причиною для того, щоб соціальний працівник вважав свого клієнта неповноцінним, принижував у правах, ображав тощо. Соціальний працівник може тактовно викласти свою точку зору, якщо цього вимагає справа або просить клієнт, але повинен поважати точку зору свого опонента.

Принципи соціальної роботи та професійної етики соціального працівника передбачають повагу до особистості та прав клієнта, прийняття його таким, яким він є, гнучкість у підходах тощо.

### **Толерантність у соціальній роботі. Використання толерантної та гендерно-паритетної лексики в соціальній роботі**

Толерантність у соціальній роботі є надзвичайно важливою складовою, яка спрямована на уникнення будь-якої упередженості. Соціальний працівник зобов'язаний підтримувати та сприяти дотриманню прав людини, демократії, а, отже, відмовитися від догматизму, абсолютизації певних переконань. Це означає визнання відмінностей людей, але неможливість нав'язування окремих поглядів та переконань. Толерантність передбачає також вживання недискримінуючої лексики стосовно позначення різноманітних соціальних груп, що є важливим та актуальним. Хоча усталених стандартів в Україні поки що не розроблено, доцільно пам'ятати, що мова (текст, коментарі) не повинна бути «мовою ворожнечі», що є ознакою непрофесійності, нечутливості до багатоманітності та призводить до стигми та дискримінації тих, проти кого вона спрямована.

Також варто звернути увагу на використання гендерно-паритетної мови в роботі соціального працівника. Використання гендерно-паритетної мови в соціальному консультуванні є необхідністю для подолання лінгвістичного сексизму. У 1990 році Рада Європи прийняла рекомендацію про усунення цього явища з мовного вжитку, закликавши медіа користуватися вільною від сексизму мовою. У 2010 році вона прийняла чергову резолюцію щодо боротьби із сексистськими стереотипами в мовленні.

**Таблиця 3. Приклади стигматизуючої та толерантної лексики для деяких соціальних груп**

Стигматизуюче позначення групи	Толерантне позначення групи
гомосексуалісти	гомосексуали (саме так перекладається слово «homosexual») або геї
лесб'янки	лесбійки
цигани	роми або ромські спільноти чи громади
особи кавказької національності	кавказці
наркомани	наркозалежні або споживачі ін'єкційних наркотиків
повії	жінки (робітниці) комерційного сексу
ВІЛ-інфіковані	люди, що живуть з ВІЛ

Рекомендується використовувати фемінітиви — слова з закінченнями жіночого роду для позначення професії або заняття, якщо мова йде про жінку. Відтак, фемінітиви — не просто слова для називання жінки. Якщо мова виражає нерівність між чоловіками та жінками, применшуючи досягнення жінки, то вже самим вираженням такого стану справ — це узаконюється. Приклади утворення деяких фемінітивів в українській мові представлено на рис. 14.

**Із суфіксом -к-**

Агентка Архітекторка Біоенергетичка Ветеринарка Викладачка Виступантка Депутатка  
 Дизайнерка Директорка Дисертантка Докторантка Екстатичка Завідувачка Канцелярка Керівницка  
 Космонавтка Лауреатка Лідерка Композиторка Міліціонерка Містичка Отаманка Піратка Президентка  
 Прем'єрка Програмістка Продюсерка Професорка Редакторка Режисерка Рухівка Сенаторка-демократка

**Із суфіксом -ин-**

Борчиня Видавчиня Ворогиня Інокія Мисткиня  
 Мовчиня Продавчиня Шефиня Фахівчиня  
 Філологія Фотографія Членкиня

**Із суфіксом -ес-**

Критикеса Фотографеса

**Із суфіксом -иц-**

Вродливиця Достойниці Детективщиця Керівниця  
 Мисливиця Незайманиця Оскароносиця Перегонниця  
 Переможниця Речниця Співзасновниця

**Рис. 14. Варіанти утворення фемінітивів в українській мові**

Важливе значення також має правильна назва груп людей чоловічого і жіночого роду. Явище, коли загальний чоловічий рід застосовується на позначення і жінок, і чоловіків, коли вихідною точкою в мові мається на думці чоловік, називають андроцентризмом (від грецької *andros* — чоловік). Коли звертатися до групи людей, де є і чоловіки, і жінки, то майже завжди говорять «*студенти, педагоги, лікарі, прибиральники тощо*», що не є гендерно-паритетним.

Ось ще приклади стосовно назв певних соціальних груп: жінки і чоловіки — найбільш прийнятні назви; не слід вживати синоніми стереотипного характеру на зразок «представники сильної або слабкої статі»; слово «*жіночки*» або «*жіноцтво*» теж видається не зовсім доцільним (особливо, якщо співставити із «*чоловічками*» і «*чоловіцтвом*»).

В ідеалі, мова повинна бути вільною від гендерних стереотипів, клієнт (-ка) не повинні помічати зусиль, зроблених консультантом, щоб зробити його гендерно-коректним.

### **Рівний доступ до послуг для жінок та чоловіків**

Принцип доступності послуг передбачає, що допомога надається кожному, хто звертається за захистом, підтримкою, консультацією або порадою, без будь-якої дискримінації щодо статі, віку, фізичних або розумових обмежень, соціальної чи расової приналежності, віросповідання, мови, політичних поглядів, сексуальної орієнтації. Але досить часто соціальні працівники в процесі надання послуг керуються гендерними стереотипами щодо потреб жінок та чоловіків. Наприклад, вважається, що жінка — це хороша мати. І соціальні працівники до останнього сподіваються, що вона отямиться і буде займатися своєю дитиною, а насправді цього не відбувається і дитина фактично є соціальною сиротою. Батько-одинак не отримує такої емоційної підтримки, як мати, яка сама виховує дитину, відповідно йому буде не дуже приємно звертатися щодо отримання послуг.

Також жінки, які звільнились з місць позбавлення волі, можуть відчувати більшу неприязнь з боку соціального працівника, ніж чоловіки.

Працюючи з клієнтами соціальний працівник не має права наголошувати на виконанні якихось обов'язків, які пов'язані з соціальною роллю: «*ти маєш бути сильним, бо ти чоловік*», «*як ти можеш бути такою несерйозною, ти ж жінка та мати*» і т.п. І жінки, і чоловіки мають отримувати послуги, які відповідають їхнім потребам. Доступ до послуг має бути рівним незалежно від фізіологічної та психологічної статі клієнтів.

## Питання для перевірки знань

1. Визначте поняття «гендерна чутливість».
2. Назвіть принцип надання гендерно-чутливих послуг.
3. Проаналізуйте, якою може бути мета впровадження інтервенцій зі збільшення потенціалу.
4. Наведіть приклади гендерно-чутливих програм у сфері охорони здоров'я.
5. Визначте на що мають бути спрямовані гендерно-чутливі програми.
6. Наведіть приклади гендерно-перетворюючих програм.
7. Наведіть приклади гендерних стереотипів, які можуть заважати консультанту при роботі з клієнтами.
8. Наведіть приклади використання фемінітивів.

## Завдання для індивідуальної роботи

1. Зробіть перелік соціальних та соціально-медичних послуг, які надаються вразливим категоріям населення в Україні. У переліку цих послуг визначте послуги, які, на ваш погляд, переважно надаються жінкам чи чоловікам.
3. Проаналізуйте як зміниться ситуація, якщо використовувати гендерно-чутливий підхід при наданні цих послуг.
4. Наведіть приклади більшої вразливості до інфікування ВІЛ жінок або чоловіків. Поміркуйте, як ці чинники впливають на розповсюдження ВІЛ в Україні.
5. Проаналізуйте вплив гендеру на надання соціально-медичних послуг уразливій групі. Як це впливає на якість життя людини жіночої або чоловічої статі з цієї групи?
6. Виконайте завдання, використовуючи таку інструкцію: *«Пригадайте людину, з якою вам дуже складно спілкуватись. Визначте рису/особливість поведінки цієї людини, яка вас дратує найбільше. Запишіть цю рису або особливість поведінки. Дайте відповідь на таке запитання: «Яку вигоду ця людина отримує від такої риси/поведінки?» Запишіть відповідь. Знайдіть щось приємне в цій людині. Запишіть відповідь. Проаналізуйте чи змінилося ваше ставлення до цієї людини».*
7. Наведіть приклади нетолерантного, дискримінаційного ставлення до чоловіків та жінок у соціальній роботі. Якими шляхами можна це подолати?

## Література для поглибленого вивчення

1. Алгоритмы консультирования представителей целевых групп проектов снижения вреда. Пособие для социальных и аутрич-работников/М. Варбан, Л. Шульга и др. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. — 90 с.
2. Группы само- и взаимопомощи для людей, уязвимых к ВИЧ. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. — 78 с.
3. Гендер и снижение вреда. Основы. — К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2016. — 27 с.
4. Гендер для медій: підручник із гендерної теорії для журналістики та інших соціогуманітарних спеціальностей / За ред. М. Маєрчик, О. Плахотнік, Г. Ярманової. — К.: Критика, 2014. — 216 с.
5. Гендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ. Посібник з питань використання гендерних підходів у наданні послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, призначений для фахівців сфери соціальної роботи, представників державних та неурядових організацій. — К.: Інжиніринг, 2011. — 48 с.
6. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2008. — 256 с.
7. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. комплекс / Під заг. ред. І.Д. Зверєвої, Ж.В. Петрочко. — К.: Фенікс, 2007. — С. 21–23.
8. Іщук С.В. Етика соціальної роботи: Курс лекцій / С.В. Іщук. — Тернопіль: ТДПУ, 2008. — 59 с.
9. Кісь О. Моделі конструювання гендерної ідентичності жінки в сучасній Україні // Незалежний культурологічний часопис «І». — 2003. — № 27.
10. Краснова Н.П. Етика ставлення соціального педагога до своєї праці / Н.П. Краснова // Соціальна педагогіка: теорія та практика. — 2009. — № 4. — С. 24.
11. Краткое изложение результатов формативного исследования гендерно-ориентированных проектов и услуг в сфере снижения вреда / Л. Шульга, М. Варбан, Е. Яременко. — К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2015. — 36 с.
12. Лютова-Робертс Е.К. Техники психологического консультирования в повседневной жизни. — СПб.: Речь, 2010. — 304 с.
13. Марценюк Т. Гендерна рівність і недискримінація: Посібник для експертів і експерток аналітичних центрів. — К., 2014. — 123 с.
14. Мастерство психологического консультирования / Под ред. А.А. Бадхена, А.М. Родиной. — СПб.: Речь, 2007. — 240 с.



15. Міжнародні етичні стандарти соціальних працівників // Соціальна робота: В 3 ч. — К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. — Ч.1: Основи соціальної роботи / За ред. Т. Семигіної та І. Григи. — 2004. — С. 169–172.
16. Психологическая помощь в кризисных ситуациях/ И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2010. — 456 с.
17. Пять шагов к гендерно-чувствительным подходам в программах снижения вреда от употребления наркотиков. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2012. — 8 с.
18. Развитие гендерно-чувствительных подходов к методам профилактики ВИЧ среди женщин, употребляющих наркотики. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2011. — 45 с.
19. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб.: Речь, 2007. — 243 с.
20. Социально-психологическое консультирование в ВИЧ-сервисных организациях. Пособие для психологов/ Валовая Л., Варбан М., Шульга Л. И др. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. — 72 с.
21. Теорія та практика соціальної роботи: Навч. посібник / О.Г. Карпенко, Н.Ф. Романова. — К: Видавничий дім «Слово», 2015. — 408 с.
22. Уроки зменшення шкоди: Матеріали для самостійного вивчення соціальними працівниками. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 148 с.

## ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

**Бюджетні кошти** — видатки місцевих бюджетів, які не враховуються під час визначення обсягу міжбюджетних трансфертів.

**Виконавець соціального замовлення** — недержавний суб'єкт, що надає соціальні послуги на підставі договору про залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг.

**Ґендер** — соціальні та психологічні характеристики статі людини.

**Ґендерна дискримінація** — дискримінація за ознакою статі, дії чи бездіяльність, які виражають будь-яке розрізнення, виняток або привілеї за ознакою статі, якщо вони спрямовані на обмеження або унеможливають визнання, користування чи здійснення на рівних засадах прав і свобод людини для жінок і чоловіків.

**Ґендерна ідеологія** — ідеологія, яка виправдовує існування ґендерних статусів, особливо різниці в їхній оцінці суспільством. Домінуюча ідеологія (маскулінна) намагається придушити критичний прояв думок, нав'язуючи свої оцінки як природні.

**Ґендерна рівність** — рівний правовий статус жінок і чоловіків та однакові можливості для його реалізації, що дає змогу особам обох статей рівноцінно брати участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

**Ґендерна рівність** передбачає рівність у можливостях і правах, що законодавчо закріплені й реально забезпечені у політико-правових принципах, діях, розбудові суспільних і державних структур, з урахуванням ґендерних інтересів і потреб.

**Ґендерна чутливість** — бажання та здатність усвідомлювати та визнавати наявні ґендерні відмінності, питання і прояви нерівності та враховувати ці аспекти у стратегіях і діях. Це один із критеріїв оцінки планування змін, проектів, методів дослідження й аналізу. Ґендерна чутливість реалізується у змінах, які враховують становище жінки і чоловіка, не погіршують становище жінок і чоловіків, сприяють встановленню ґендерного балансу (відвідування лікаря у зв'язку з вагітністю жінки, додаткова відпустка для чоловіка по догляду за дитиною тощо).

**Ґендерна якість особистості** — комбінація характерних рис особистості, що моделюються ґендерними нормами і надають певні почуття і поведінку членам різних ґендерних статусів. Соціальні очікування інших у міжособистісному спілкуванні постійно підтримують ці норми.

**Ґендерний розподіл праці** — розподіл виробничої і домашньої праці між членами суспільства, що наділені різним ґендерним статусом. Робота, розподілена залежно від чоловічого і жіночого ґендерного статусу, збіль-

шує оцінку суспільством цих статусів: так, чоловічому статусу, як правило, відповідає більш престижна і високооплачувана робота.

**Гендерний біологічний (статевий) сценарій поведінки** — висловлення нормативних зразків сексуальних бажань, сексуальної поведінки, що належить відповідно гендерного статусу. Члени домінуючого гендеру мають більше сексуальних прерогативів, члени підлеглого гендеру можуть бути сексуально експлуатованими.

**Гендерний соціальний контроль** — формальна і неформальна підтримка і винагорода за певний тип поведінки і, відповідно, покарання зневагою, соціальною ізоляцією, медичним лікуванням неконформістської поведінки.

**Гендерний статус** — комплекс соціо-статевих ролей та норм, які соціально визначаються суспільством і закріплюються через поведінку, жестикуляцію, лінгвістичні, емоційні та психологічні приписи.

**Гендерний стереотип** — спрощений, стійкий, емоційно забарвлений образ поведінки і рис характеру чоловіків та жінок.

**Гендерні іміджі (образи)** — культурні репрезентації гендеру в символічній мові і творах мистецтва, що репродукують і легітимують гендерні статуси. Культура — головна підтримуюча сила домінування гендерної ідеології.

**Гендерно передбачувана родинна роль** — сукупність прав та можливостей для кожного гендерного статусу в родині. Статуси в системі родинних зв'язків відбивають та підсилюють престиж і владу, розподіляючи різні гендери.

**Гендерно-чутливі послуги** — послуги, які враховують існуючу гендерну нерівність, звертаючись до проблематики гендерних норм, ролей та доступу до ресурсів. Головний принцип — надавати різні послуги жінкам та чоловікам, коли їх потреби відрізняються, та організовувати надання однакових за кількістю та якістю послуг, коли потреби жінок та чоловіків співпадають.

**Групова робота** — будь-яка систематична програмована регулярна активність групи людей, які поділяють спільні інтереси або мають спільні проблеми, з метою досягнення певних цілей.

**Децентралізація** — процес перерозподілу або диспергування функцій, повноважень, людей або речей від центрального управління.

**Етичні норми соціальних працівників** — принципи орієнтири для фахівців з питань професійної діяльності, виконання службових обов'язків, організації взаємодії з клієнтами; шляхи розв'язання моральних проблем та прийняття найбільш адекватного професійного рішення.

**Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України** — документ, який націлює на здійснення соціальної роботи у багатьох функціональних

сферах з метою розвитку потенціалу та можливостей особистості, а також задоволення людських потреб.

**Замовник соціальних послуг** — місцева держадміністрація (її структурний підрозділ), виконавчий орган міської ради, що є розпорядниками бюджетних коштів та на яких покладається обов'язок з організації надання соціальних послуг чи виконання соціальних програм.

**Кейс (випадок)** — проблемна ситуація особи чи окремої сім'ї, яка негативно впливає на якість життя людини та суттєво погіршує її стан.

**Консультавання** — це послуга, яка спрямована на інформування, мотивування, підтримку клієнта, взаємодія клієнта та соціального працівника, в ході якої соціальної працівник отримує запит від клієнта та допомагає знайти ресурси для вирішення складної ситуації. Якщо запит клієнта виходить за межі компетенції соціального працівника, то він переадресовує клієнта до компетентного спеціаліста (лікаря, психолога, юриста і т.ін.).

**Міжгалузєва взаємодія** — взаємодія різних державних соціальних інституцій різних галузей, що, певною мірою, взаємно перетинаються, маючи дотичні напрями та/або категорії роботи, клієнтів з метою досягнення оптимального результату діяльності.

**Міжсекторальна взаємодія** — взаємодія інституцій на різних рівнях (національному, регіональному та місцевому), що представляють різні групи суспільних відносин.

**Міфи** — твердження та розповіді без доказів, які міцно увійшли в життя чи культуру народів.

**Мова ворожнечі** (англ. *«hate speech»*) в широкому розумінні — будь-яке самовираження з елементами заперечення принципу рівності всіх людей у правах. Мова ворожнечі описує та ієрархічно зіставляє різноманітні групи людей, а також оцінює особисті якості конкретних осіб на підставі їхньої приналежності до тієї або іншої групи.

**Моніторинг** — процес регулярного збору та аналізу кількісних та якісних даних за попередньо встановленими показниками з метою аналізу процесу та якості виконання індивідуального плану заходів, а також своєчасного реагування на зміну ситуації, забезпечення ефективного використання ресурсів. Здійснення моніторингу дозволяє отримувати необхідну для оцінювання інформацію.

**Моральні норми соціальної роботи** — усталені вимоги до поведінки й діяльності соціальних працівників стосовно суб'єктів та об'єктів соціальної роботи.

**Оцінка потреб** — збір, узагальнення та аналіз інформації про ситуацію й різні аспекти функціонування клієнта, його цілі, ресурси, обмеження з метою розробки детального плану надання необхідних соціальних послуг.

Оцінка потреб здійснюється на початку роботи з випадком і оновлюється у випадку зміни ситуації клієнта.

**Оцінка/оцінювання** — систематичне дослідження діяльності, що може проводитися за участі клієнта на різних етапах надання соціальних послуг.

**Принципи професійної етики соціальних працівників** — найбільш загальні вимоги, які виражають основні напрями поведінки спеціаліста стосовно того чи іншого суб'єкта, стосунки з яким виникають у процесі соціальної роботи.

**Сексизм** (англ. *sexism*, від лат. *sexus* — стать) — ненависть та дискримінація групи людей через їхню стать або гендерну ідентичність. Проявляється в концентрації влади, більшості прав та можливостей у представників однієї статі порівняно з іншою.

**Соціальний захист** — комплекс заходів і засобів соціально-економічного та правового характеру, здійснення яких покладається на суб'єктів, щодо забезпечення прав людей на життя, розвиток, виховання, освіту, медичне обслуговування, надання матеріальної підтримки.

**Соціальні послуги** — комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

**Соціальна профілактика** — вид соціальної роботи, спрямованої на запобігання складним життєвим обставинам окремих осіб, сімей, дітей та молоді, аморальній, протиправній поведінці в сім'ях, виявлення будь-якого негативного впливу на життя і здоров'я і запобігання такому впливу та поширенню соціально небезпечних хвороб серед уразливих груп.

**Соціальний супровід** — вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу.

**Соціальні стереотипи** — спрощене, схематизоване, іноді спотворене або навіть хибне уявлення про будь-який соціальний об'єкт (людину, групу людей, соціальне явище, соціальний процес тощо).

**Соціальна реабілітація** — вид соціальної роботи, спрямованої на відновлення основних соціальних функцій, психологічного, фізичного, морального здоров'я, соціального статусу осіб, сімей, дітей та молоді.

**Стратегія** — це свідомий процес, спрямований на визначення напрямку розвитку організації, регіону чи територіальної громади в умовах середовища, що змінюється.

## ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Ґендер 68–70

Ґендерна дискримінація 79–80

Ґендерна рівність 65, 81

Ґендерна чутливість 81, 84

Ґендерна якість особистості 69

Ґендерний розподіл праці 69

Ґендерний біологічний (статевий) сценарій поведінки 69

Ґендерний соціальний контроль 69

Ґендерний стереотип 71–72, 74

Ґендерні іміджі (образи) 69

Ґендерно-чутливі послуги 84–85, 88–89

Консультування 10, 20, 52, 56, 92

Міжгалузева взаємодія 55

Міжсекторальна взаємодія 55–59

Міфи 71–73

Соціальна профілактика 10, 71

Соціальна реабілітація 71

Соціальний супровід 10, 19–20, 71

Соціальні стереотипи 110

Стратегія 8–12, 19, 28, 30, 34–36

## ДОДАТОК. ВСЕУКРАЇНСЬКА МЕРЕЖА ЦЕНТРІВ ҐЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ НА БАЗІ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

1. Центр ґендерної освіти Черкаського національного університету імені Б. Хмельницького
2. Ґендерний центр Луцького педагогічного коледжу
3. Ґендерний центр Донбаського державного педагогічного університету
4. Кафедра педагогіки та ґендерної рівності Тернопільського національного педагогічного університету імені В. Гнатюка
5. Центр ґендерної освіти Харківського національного університету внутрішніх справ
6. Ґендерний центр Харківського національного медичного університету
7. Центр ґендерної освіти Харківського національного університету радіоелектроніки
8. Центр ґендерної освіти Харківського національного університету будівництва та архітектури
9. Центр ґендерної освіти Харківського національного технічного університету сільського господарства ім. П. Василенка
10. Ґендерний центр Харківського національного педагогічного університету імені Г. Сковороди
11. Центр ґендерних досліджень Дніпропетровського національного університету залізничного транспорту імені академіка В. Лазаряна
12. Ґендерний центр Сумського державного університету
13. Центр ґендерних досліджень і освіти Маріупольського державного університету
14. Центр ґендерної освіти Харківської гуманітарно-педагогічної академії
15. Центр ґендерної освіти Житомирського державного університету імені І. Франка
16. Український Центр ґендерної освіти при НТУУ «КПІ»
17. Кафедра соціальної педагогіки і ґендерних студій Сумського державного педагогічного університету ім. А. Макаренка (Інститут педагогіки і психології)
18. Закарпатський обласний Центр ґендерної освіти при Ужгородському національному університеті

Публікація підготовлена в рамках проекту «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі Зменшення Шкоди в Україні» за підтримки 5% ініціативи, що реалізується компанією Французька експертиза (Expertise France 5% Initiative) і фінансується Французьким Міністерством міжнародних відносин і міжнародного розвитку. Думки, викладені в даній публікації, можуть не відображати позиції та погляди компанії Французька експертиза (Expertise France 5% Initiative), Французького Міністерства міжнародних відносин і міжнародного розвитку.

This publication has been prepared and printed as part of the project «Capacity Development for Quality Assured Gender Sensitive Harm Reduction Interventions in Ukraine» with the support of the 5% Initiative implemented by Expertise France and funded by the French Ministry of Foreign Affairs and International Development. The content of this publication does not necessarily reflect the positions or views of Expertise France, the Ministry of Foreign Affairs and International Development.