

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

**Яготинський інститут
Кафедра соціальної роботи**

Микитенко Олексій Іванович
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня бакалавра**

на тему: **«Особливості соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку
в умовах стаціонарного закладу»**

Група ІН34-9-22-Б1СПр (4,0д)

Спеціальність: 231«Соціальна робота»

Освітня програма: Соціальна робота

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело*

Студент

(підпис)

Микитенко Олексій Іванович

(прізвище та ініціали)

Науковий керівник

к.п.н. Черноштан Євгеній Валерійович

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту перед ЕК

Завідувач кафедри

к.п.н. Черноштан Євгеній Валерійович

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Яготин 2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	
1.1. Старість як соціально-демографічне та соціально-психологічне явище.....	6
1.2. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні	13
1.3. Зарубіжний досвід соціальної підтримки самотніх осіб похилого віку.....	16
Висновки до розділу 1.....	20
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З САМОТНІМИ ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЗАКЛАДУ	
2.1. Характеристика стаціонарних закладів соціального обслуговування, соціально-психологічні особливості адаптації самотніх людей похилого віку до умов стаціонарного закладу на прикладі Відділу стаціонарного догляду для постійного, або тимчасового проживання Яготинської міської ради територіального центру соціального обслуговування в с.Черняхівка.....	22
2.2. Професійна діяльність соціального працівника в закладі стаціонарного типу. Організація та методика емпіричного дослідження на прикладі Відділу стаціонарного догляду для постійного, або тимчасового проживання Яготинської міської ради територіального центру соціального обслуговування в с.Черняхівка.....	27
2.3. Розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення соціальної роботи в умовах стаціонарного закладу.....	46
Висновки до розділу 2.....	54
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження: Сучасні демографічні процеси характеризуються стійкою тенденцією до старіння населення, що є глобальним явищем та однією з провідних соціальних трансформацій ХХІ століття. За даними Організація Об'єднаних Націй, частка людей віком 60 років і старше постійно зростає, що зумовлює необхідність удосконалення систем соціального захисту та підтримки осіб похилого віку. В Україні процес старіння населення має особливо виражений характер, що пов'язано з демографічною кризою, міграційними процесами, зниженням народжуваності та зростанням тривалості життя.

Особливої уваги потребують самотні люди похилого віку, які через відсутність родинної підтримки, погіршення стану здоров'я, зниження соціальної активності та матеріальні труднощі опиняються у складних життєвих обставинах. Частина з них потребує постійного стороннього догляду та проживання у стаціонарних закладах соціального обслуговування — будинках-інтернатах, геріатричних пансіонатах, відділеннях постійного проживання територіальних центрів.

У таких умовах соціальна робота набуває комплексного характеру та поєднує соціально-побутову, психологічну, реабілітаційну, медико-соціальну та культурно-дозвілєву складові. Водночас адаптація до умов стаціонарного закладу часто супроводжується емоційною напругою, почуттям ізоляції, втрати автономії та соціальних ролей. Це актуалізує потребу в удосконаленні змісту, форм і методів соціальної роботи з даною категорією клієнтів.

Таким чином, зростання кількості самотніх осіб похилого віку, складність їхніх соціально-психологічних проблем та необхідність підвищення ефективності соціальної підтримки в умовах стаціонарного проживання зумовлюють актуальність обраної теми дослідження.

Ступінь наукової розробленості проблеми: Проблематика старіння та соціального захисту людей похилого віку висвітлюється у працях вітчизняних і зарубіжних учених у галузі соціальної роботи, соціології, геронтології та психології. Теоретичні засади соціальної роботи з людьми похилого віку розкрито в наукових

дослідженнях, присвячених питанням соціального забезпечення, соціальної адаптації, якості життя та активного довголіття.

Окремі аспекти соціально-психологічних проблем старості розглядаються у межах геронтопсихології, соціальної геронтології та медико-соціальної роботи. Значна увага приділяється питанням самотності в похилому віці, соціальної ізоляції, втрати соціальних ролей та адаптації до нових умов життєдіяльності [9] Разом з тим аналіз наукових джерел свідчить, що, незважаючи на достатню теоретичну розробленість проблеми соціальної підтримки людей похилого віку, особливості організації соціальної роботи саме із самотніми особами в умовах стаціонарних закладів потребують подальшого комплексного дослідження з урахуванням сучасних соціальних викликів та трансформацій системи соціального обслуговування.

Об'єктом дослідження є соціальна робота з людьми похилого віку.

Предметом дослідження є особливості організації, змісту, форм і методів соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу.

Метою дипломної роботи є теоретичне обґрунтування та практичний аналіз особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу, а також розробка рекомендацій щодо її вдосконалення.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння старості як соціально-психологічного явища.
2. Визначити соціальні проблеми самотніх людей похилого віку в сучасному суспільстві.
3. Охарактеризувати нормативно-правові засади соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні.
4. Розкрити специфіку функціонування стаціонарних закладів соціального обслуговування.
5. Дослідити особливості адаптації самотніх осіб похилого віку до умов стаціонарного проживання.
6. Проаналізувати форми та методи соціальної роботи у стаціонарному закладі.

7. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення ефективності соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку.

Методи дослідження

У процесі виконання роботи використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів дослідження:

- теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових жерел);
- порівняльний аналіз нормативно-правових документів;
- емпіричні методи (спостереження, анкетування, бесіда);
- методи кількісної та якісної обробки результатів дослідження;
- інтерпретація отриманих даних.

Теоретична та практична значущість роботи

Теоретична значущість дослідження полягає у систематизації та узагальненні наукових підходів до проблеми соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку, уточненні змісту та специфіки соціальної підтримки в умовах стаціонарного закладу.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання розроблених рекомендацій у діяльності стаціонарних установ соціального обслуговування, у практиці соціальних працівників, а також у навчальному процесі підготовки фахівців зі спеціальності «Соціальна робота».

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 60 сторінок друкованого тексту. Робота містить 8 таблиць, рисунків та 4 додатків. Список використаних джерел налічує 43 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

1.1. Старість як соціально-демографічне та соціально-психологічне явище.

Старіння населення є однією з ключових демографічних тенденцій сучасності, що має комплексні соціально-економічні наслідки та визначає стратегічні напрями розвитку соціальної політики держав. За аналітичними даними Організація Об'єднаних Націй, упродовж останніх десятиліть відбувається стабільне зростання частки осіб віком 60 років і старше, що зумовлює трансформацію соціальної структури суспільства. Процес демографічного старіння охоплює більшість європейських країн, зокрема Україну, де він поєднується з міграційними процесами, соціально-економічною нестабільністю та зменшенням народжуваності [9].

У науковому дискурсі старість розглядається не лише як біологічний етап онтогенезу, а як соціально сконструйований період життя, зміст якого визначається культурними нормами, соціальними очікуваннями та інституційними умовами. Соціально-демографічний вимір старіння охоплює показники тривалості життя, рівня народжуваності, смертності, структури домогосподарств, співвідношення працездатного та непрацездатного населення. Збільшення навантаження на систему соціального забезпечення актуалізує питання фінансової стійкості пенсійних систем, розвитку довготривалого догляду, створення умов для активної участі людей похилого віку у суспільному житті.

У соціально-психологічному аспекті старість пов'язана з глибокими змінами життєвого укладу. Вихід на пенсію означає завершення професійної кар'єри та втрату звичного соціального статусу. Згідно з рольовою теорією старіння, людина протягом життя виконує низку соціальних ролей, і втрата провідних ролей у похилому віці може призводити до зниження самооцінки, почуття непотрібності та соціальної дезадаптації. У цьому контексті важливою є підтримка процесу «рольової перебудови», формування нових соціальних ролей — наставника, волонтера, активного члена громади.

Вагоме значення має теорія соціального відчуження, яка пояснює старіння як поступове звуження соціальних контактів і дистанціювання особи від суспільства. Згідно з цією концепцією, процес відчуження може бути взаємним: суспільство поступово обмежує можливості участі людей похилого віку, а вони, у свою чергу, зменшують соціальну активність. Проте сучасні дослідження доводять, що соціальна ізоляція не є неминуchoю складовою старості, а значною мірою залежить від соціальної політики, доступності послуг і підтримки.

Альтернативний підхід представлений теорією активного старіння, яка набула широкого поширення у міжнародній соціальній політиці. Концепція активного старіння передбачає збереження участі людини у соціальному, економічному, культурному та духовному житті суспільства незалежно від віку. Вона орієнтується на підтримку автономії, здоров'я, соціальної інтеграції та реалізації потенціалу особистості. Цей підхід закріплений у документах Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка визначає активне старіння як процес оптимізації можливостей для здоров'я, участі та безпеки з метою підвищення якості життя у похилому віці [12]

Сучасна людина похилого віку функціонує в умовах підвищеної соціальної напруженості та багатовекторних кризових викликів, що суттєво впливають на її життєдіяльність. Становище цієї вікової групи викликає обґрунтоване занепокоєння з огляду на можливі соціальні наслідки поглиблення її вразливості та дезадаптації. Кризові явища останніх років, зокрема пандемія COVID-19, оголошена Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також повномасштабна російсько-українська війна, спричинили комплекс травмуючих впливів, які особливо гостро відобразилися на людях похилого віку. Вказані події стали чинниками посилення соціальної ізоляції, емоційної нестабільності, страху за власне життя та здоров'я, що негативно позначилося на фізичному стані, психологічному благополуччі та процесах соціалізації осіб старшого віку.

Вікові зміни організму об'єктивно зумовлюють зростання рівня захворюваності, що впливає на спосіб життя та ступінь автономності людини похилого віку. Порушення зору, слуху, функціонування опорно-рухового апарату, серцево-судинні, ендокринні та неврологічні захворювання призводять до обмеження мобільності, зниження рівня самостійності та потреби у сторонній

допомозі. Хронічні хвороби не лише змінюють звичний ритм життя, а й зменшують економічний потенціал цієї вікової групи, підсилюючи її залежність від системи соціального забезпечення. Погіршення здоров'я нерідко супроводжується тривожністю, схильністю до гіперболізації симптомів, зосередженістю на власних переживаннях, що в сукупності формує ризик депресивних станів.

Пандемія COVID-19 загострила проблему соціальної ізоляції людей похилого віку. Старша вікова група була визначена як найбільш уразлива щодо тяжкого перебігу захворювання, що спричинило обмеження соціальних контактів, самоізоляцію та скорочення рухової активності. Страх інфікування та смертності посилив відчуття невпевненості й самотності, а зменшення міжособистісної взаємодії негативно вплинуло на рівень комунікативності та соціальної включеності.

Додатковим чинником соціальної вразливості стала війна, яка спричинила масштабні внутрішні переміщення населення. Відповідно до українського законодавства, внутрішньо переміщеними особами є громадяни, які були змушені залишити місце постійного проживання внаслідок збройного конфлікту, окупації чи інших надзвичайних обставин. Значна частина осіб похилого віку опинилася в статусі внутрішньо переміщених, що супроводжувалося втратою житла, звичного соціального оточення, порушенням усталених соціальних зв'язків. Адаптація до нового середовища в похилому віці є складним процесом, оскільки ця вікова категорія характеризується підвищеною потребою у стабільності та передбачуваності умов життя.

Психологічною особливістю людей похилого віку, які зазнали вимушеного переселення, є посилене переживання самотності, що виникає через розрив соціальних контактів, втрату звичних ролей і зменшення комунікативної активності. Додатковими чинниками виступають міжпоколінні відмінності, труднощі у сприйнятті нових соціокультурних норм, обмеженість цифрової компетентності. Зниження мотивації до освоєння нового, ригідність поведінкових установок, підвищена навіюваність у поєднанні з тривожністю можуть спричиняти дезадаптацію та формування стійких депресивних станів.

Водночас складні життєві обставини можуть виникати навіть за умови спільного проживання з родиною. Неблагополучне сімейне середовище, конфлікти між поколіннями, зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами членами

родини, економічні труднощі, психологічний тиск або нехтування потребами літньої людини формують атмосферу емоційної напруженості та соціальної незахищеності[21]. У таких умовах спостерігається зниження самооцінки, ускладнення комунікації, формування пасивної або залежної позиції, звуження соціальних контактів.

Фахівці соціальної сфери виокремлюють низку чинників, що сприяють розвитку сімейної дисфункції у контексті проживання людини похилого віку: економічні (низький рівень матеріального забезпечення, безробіття членів родини), психологічні (конфлікти, психоемоційна нестабільність), соціальні (насильство, залежності, несприятливі житлові умови), педагогічні (низька культура спілкування, відсутність навичок конструктивної взаємодії). Сукупність зазначених факторів негативно впливає на психологічний клімат у родині та ускладнює реалізацію підтримувальної функції сім'ї.

Важливим аспектом є деформація ціннісних орієнтацій, що може проявлятися у зниженні мотивації до самоактуалізації, обмеженні пізнавального інтересу, звуженні кола соціальних потреб. Незадоволення базових соціально-психологічних потреб — у спілкуванні, визнанні, безпеці, підтримці — спричиняє погіршення фізичного й психічного здоров'я, зниження соціальної активності та перехід особи до категорії клієнтів, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Сучасна старість як соціально-психологічне явище формується під впливом поєднання біологічних, соціальних і кризових факторів. Хвороби, пандемія, війна, вимушене переселення, сімейна дисфункція, соціальна ізоляція та економічна нестабільність виступають чинниками, що обмежують можливості самостійного подолання труднощів людьми похилого віку. У силу вікових змін вони часто не спроможні самостійно протидіяти негативним впливам, що зумовлює необхідність комплексної соціально-психологічної підтримки. Ефективна соціальна робота вимагає врахування індивідуального стану особи, аналізу причин її неблагополуччя та застосування спеціалізованих технологій професійного втручання, спрямованих на збереження гідності, відновлення соціальних зв'язків і підвищення якості життя у похилому віці.

Розглянемо соціальний статус та проблеми самотніх людей похилого віку в сучасному суспільстві.

Соціальний статус людей похилого віку формується під впливом економічних, культурних та політичних факторів. У традиційних суспільствах старші люди користувалися авторитетом як носії досвіду та мудрості. В умовах індустріального та постіндустріального розвитку статус літньої людини зазнав змін через пріоритет продуктивності та швидких технологічних трансформацій. Це може призводити до маргіналізації та формування вікових стереотипів. Ейджизм — дискримінація за віком — виступає однією з форм соціальної нерівності, що впливає на можливості працевлаштування, участі у суспільному житті та доступу до ресурсів.

Особливої уваги потребують самотні люди похилого віку. Самотність має багатовимірний характер і охоплює емоційний, соціальний та екзистенційний аспекти. Втрата подружжя, відсутність дітей або їхня міграція, розрив соціальних зв'язків формують об'єктивні умови самотності. Водночас суб'єктивне переживання ізоляції може виникати навіть за наявності соціального оточення. Хронічна самотність пов'язана з підвищеним ризиком депресивних станів, зниженням когнітивної активності та погіршенням фізичного здоров'я [31]

Соціальний статус людей похилого віку є складною соціально-демографічною категорією, результатом взаємодії економічних, культурних, психологічних та політичних чинників. Становлення цього статусу відбувається під впливом соціальних інститутів, норм і практик, що формують позицію старшого покоління в суспільних відносинах. Демографічні процеси, зокрема зміна вікової структури населення, відіграють визначальну роль у трансформації статусу цієї вікової групи. За даними демографічних джерел, частка осіб віком 60 років і старше в Україні становила майже 24 % усієї чисельності населення станом на 2022 рік, а кількість таких осіб перевищувала 10 мільйонів громадян України. В умовах масової міграції населення під впливом повномасштабної війни частка літніх людей у структурі населення ще зростає, оскільки емігрують переважно молоді та люди середнього віку, що створює демографічний тиск на систему соціального забезпечення та підсилює процеси старіння [33].

Демографічна старість супроводжується змінами у системі соціальних зв'язків та перерозподілом ролей у суспільстві. У традиційних суспільствах старші люди користувалися високим соціальним визнанням як носії досвіду, моральних норм і культурної пам'яті. Соціальні функції старості були інтегровані в сімейну та громадську структури, а старші члени спільноти виступали авторитетними радниками. Однак у контексті індустріального та постіндустріального розвитку цей соціальний ресурс значною мірою втрачає своє колишнє значення. Пріоритет економічної продуктивності, високі темпи технологічних змін, інтеграція в глобальні ринки праці формують нові вимоги до соціальної ролі людини, що часто не співпадають із традиційними очікуваннями щодо літнього віку. Така трансформація призводить до зниження видимості соціального внеску осіб похилого віку, зростання соціального дистанціювання та маргіналізації цієї групи.

Одним із проявів соціальної нерівності за віковою ознакою є ейджизм — дискримінація людей на підставі віку. Цей феномен має як явні, так і латентні прояви в різних сферах життя: на ринку праці літні люди можуть стикатися з обмеженнями у можливості продовження професійної діяльності або змушені виходити на пенсію навіть за наявності професійної компетентності; у сфері медичного обслуговування можливі упередження щодо характеру лікування; доступ до певних соціальних та освітніх ресурсів може бути обмежений через домінування молодіжних моделей розвитку. Ейджистські установки підсилюють ізоляваність літніх людей і створюють бар'єри для їхньої активної участі в суспільному житті.

Простежується також тісний зв'язок між соціальним статусом та економічним забезпеченням людей похилого віку. Пенсійна система України, яка базується на солідарному принципі, все частіше опиняється під тиском демографічних змін та економічних викликів. Середній розмір пенсії в Україні значно поступається середньому рівню заробітної плати, що обмежує можливості задоволення базових життєвих потреб, забезпечення належного рівня побуту, доступу до якісних медичних та соціальних послуг. Така ситуація створює передумови для зростання соціальної вразливості літніх людей, особливо в умовах економічної нестабільності та зростання рівня бідності, що посилюється внаслідок тривалого воєнного конфлікту та економічних потрясінь [19].

Особливу увагу в науковому та практичному дискурсах привертають самотні люди похилого віку, для яких питання соціального статусу є надзвичайно актуальним. Самотність як соціальне явище має складну структуру, що включає емоційні, соціальні та екзистенційні виміри. Втрата подружжя, розрив контактів із родичами, відсутність дітей або їхня міграція за кордон, звуження кола друзів і знайомих формують об'єктивні умови соціальної ізоляції. Однак суб'єктивне переживання самотності може виникати навіть за наявності певного кола контактів, якщо ці взаємодії не забезпечують емоційного задоволення, підтримки та відчуття причетності. Самотність стає не лише емоційно неприємним станом, а й суттєвим фактором ризику для здоров'я та якості життя людини похилого віку.

Існує значний обсяг наукових даних, які демонструють негативні наслідки хронічної самотності для фізичного та психічного здоров'я. Особи похилого віку, які довго переживають соціальну ізоляцію, частіше відчувають депресивні симптоми, зниження когнітивних функцій, підвищений рівень тривожності та загальну втоми. Вони менш активно залучені до соціальних активностей, рідше займаються фізичною активністю, що в сукупності сприяє прискоренню процесів фізичного функціонального спаду. Стан соціальної ізоляції впливає й на самооцінку літньої людини, її відчуття власної значущості та гідності.

З позицій теорії соціального капіталу соціальна інтеграція та підтримка виступають як ключові ресурси, що сприяють підтримці життєвої активності та якості життя в похилому віці. Соціальний капітал визначається як сукупність соціальних зв'язків, норм взаємодії та довіри, що полегшують координацію і співпрацю в спільноті. Для людей похилого віку важливим є наявність міцних міжособистісних мереж — родинних контактів, дружніх стосунків, участі у громадських групах, волонтерських чи клубних об'єднаннях. Високий рівень соціального капіталу сприяє зміцненню соціальної підтримки, доступу до інформації та послуг, підсилює відчуття соціального включення. Натомість низький рівень соціальних зв'язків значно підсилює ризики соціальної ізоляції, формує бар'єри для активної участі в житті громади та сприяє зниженню якості життя.

Концепція якості життя як інтегральної складової соціального благополуччя особливо важлива для розуміння проблем самотніх людей похилого віку. Якість життя охоплює не лише фізичний стан та економічне забезпечення, а й

такі аспекти, як психологічне благополуччя, соціальна включеність, доступ до ресурсів та можливостей самореалізації, суб'єктивне відчуття задоволеності власним життям. Підтримка якості життя в контексті старості зумовлюється не лише забезпеченням медичного та побутового догляду, а й підтримкою соціальних зв'язків, можливістю участі у дозвіллевих та культурних активностях, забезпеченням умов для реалізації цілей та інтересів.[11]

У сучасних умовах соціальна політика України поступово адаптується до викликів демографічного старіння. Міністерство соціальної політики України розробляє та впроваджує стратегії, спрямовані на забезпечення активної участі людей похилого віку у суспільному житті, підтримку їхнього здоров'я та соціальної інтеграції. Прогнози демографічних моделей свідчать, що частка осіб віком 60 років і старше може досягти близько 28 % у найближчі роки, що вимагає посилення заходів соціального захисту та розвитку інклюзивних практик соціальної роботи [15].

Отже, соціальний статус самотніх людей похилого віку в сучасному суспільстві визначається динамічним поєднанням демографічних змін, економічних умов, характеру соціальних зв'язків та культурних практик. Самотність виступає як складне соціально-психологічне явище, яке негативно впливає на здоров'я, соціальну участь та якість життя, і потребує фахового втручання на рівні соціальних інститутів, місцевих громад та професійної соціальної роботи. Підвищення соціального капіталу, розвиток мереж підтримки та інтегративних практик сприятимуть зниженню ризиків соціальної ізоляції та підвищенню якості життя людей похилого віку, зокрема тих, хто живе самотійно або відчуває дефіцит соціальної підтримки.

1.2. Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні

Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні формується відповідно до конституційних засад соціальної держави, принципів поваги до людської гідності, соціальної справедливості, рівності та недискримінації. Соціальний захист осіб похилого віку є складовою загальної системи соціального забезпечення населення та реалізується через комплекс

законодавчих актів, підзаконних нормативних документів, державних програм і механізмів інституційної підтримки.

Базовим нормативним актом, що визначає засади соціального захисту громадян, є Конституція України, у статті 46 якої закріплено право громадян на соціальний захист у разі втрати працездатності, старості та в інших випадках, передбачених законом. Конституційна норма конкретизується в галузевому законодавстві, що регламентує порядок надання соціальних послуг, пенсійного забезпечення, медичної допомоги та соціального обслуговування.[1]

Ключовим документом у сфері соціальної роботи є Закон України «Про соціальні послуги» (у редакції 2019 року), який визначає правові та організаційні засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах. Закон встановлює класифікацію соціальних послуг (базові, комплексні, спеціалізовані, допоміжні), визначає стандарти якості, механізми фінансування, порядок оцінювання потреб отримувачів та запроваджує принцип адресності. Для людей похилого віку особливо важливими є такі послуги, як догляд вдома, денний догляд, підтримане проживання, стаціонарний догляд, соціальна адаптація та консультування [5]

Окреме місце у системі нормативного регулювання посідає Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», який визначає механізми формування та виплати пенсій. Станом на 2024 рік в Україні налічується близько 10,5 млн пенсіонерів, що становить майже чверть населення держави. Середній розмір пенсії коливається в межах 5–6 тисяч гривень, що значною мірою обмежує фінансові можливості літніх людей та зумовлює потребу в додаткових соціальних послугах.

Формування та реалізацію державної політики у сфері соціального захисту здійснює Міністерство соціальної політики України. Міністерство розробляє нормативні акти, координує діяльність територіальних органів, здійснює моніторинг якості надання соціальних послуг та впроваджує державні програми підтримки. В умовах демографічного старіння та воєнного стану Міністерство адаптує соціальні механізми до нових викликів, зокрема шляхом цифровізації процесів призначення допомог, розвитку соціальних сервісів у громадах та розширення мережі надавачів послуг.

На регіональному рівні функціонують територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), які є базовою ланкою системи соціальної підтримки людей похилого віку. В Україні діє понад 600 територіальних центрів та центрів надання соціальних послуг у громадах. Щорічно вони обслуговують понад 1 млн громадян, значна частина з яких — особи похилого віку. Найбільш поширеною послугою є соціальний догляд вдома, що включає допомогу у веденні домашнього господарства, придбанні продуктів і медикаментів, оформленні документів, забезпеченні зв'язку з медичними установами.

Стаціонарні заклади соціального захисту — будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю — забезпечують комплексний догляд для тих осіб, які не можуть самотійно себе обслуговувати або не мають родинної підтримки. В Україні функціонує близько 300 таких установ, у яких проживає понад 40 тисяч осіб. Послуги стаціонарних закладів включають соціально-побутову допомогу, медичний супровід, психологічну підтримку, організацію культурно-дозвілєвої діяльності та соціальну реабілітацію.

Важливою складовою нормативного забезпечення є впровадження державних стандартів соціальних послуг, які затверджуються відповідними наказами Міністерства соціальної політики України. Стандарти визначають вимоги до якості, кадрового забезпечення, матеріально-технічної бази, етичних норм взаємодії з отримувачами послуг. Це сприяє уніфікації підходів до надання допомоги та забезпеченню мінімальних гарантій якості [31]

В умовах реформування системи місцевого самоврядування значну роль у реалізації соціальної політики відіграють територіальні громади. Децентралізація передбачає передачу повноважень щодо організації надання соціальних послуг на рівень громад, що дозволяє більш гнучко реагувати на потреби населення. Проте існують і проблемні аспекти: нерівномірність фінансових ресурсів громад, кадровий дефіцит соціальних працівників, обмежена матеріально-технічна база.

Статистичні дані свідчать про зростання потреби в соціальних послугах серед осіб похилого віку. Частка населення віком 60+ становить близько 24–25 %, і за прогнозами демографів до 2030 року цей показник може зрости до 28 %. Одночасно скорочується чисельність працездатного населення, що створює додаткове навантаження на систему соціального забезпечення. Близько 30 %

домогосподарств, очолюваних особами пенсійного віку, перебувають у зоні ризику бідності, що підсилює потребу у державній підтримці.

Окремим напрямом нормативного регулювання є запобігання дискримінації та забезпечення рівних прав людей похилого віку. Законодавство України передбачає механізми захисту прав громадян у випадках порушення соціальних гарантій, а також процедури звернення до органів соціального захисту, судових інстанцій та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

У сучасних умовах особливого значення набуває цифровізація соціальних послуг. Впровадження електронних реєстрів отримувачів соціальної допомоги, можливість подання заяв онлайн, інтеграція інформаційних систем сприяють підвищенню прозорості та доступності соціальної підтримки для літніх людей. Водночас цифровий розрив може створювати труднощі для осіб похилого віку, які не володіють достатніми цифровими навичками, що потребує додаткових програм навчання та консультативної допомоги.

Таким чином, нормативно-правове забезпечення соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні є розгалуженою системою законодавчих та інституційних механізмів, спрямованих на гарантування соціальних прав, забезпечення базових потреб та підтримку гідного рівня життя. Попри наявність розвиненої законодавчої бази, актуальними залишаються проблеми фінансової стійкості пенсійної системи, кадрового забезпечення соціальної сфери, підвищення стандартів якості послуг та адаптації системи соціального захисту до демографічних і соціально-економічних викликів. Подальший розвиток нормативного регулювання має бути спрямований на зміцнення принципів адресності, доступності, міжвідомчої координації та інтеграції соціальних послуг у контексті формування політики активного та гідного старіння.

1.3. Зарубіжний досвід соціальної підтримки самотніх осіб похилого віку

Зарубіжний досвід соціальної підтримки самотніх осіб похилого віку демонструє різноманітність моделей соціального забезпечення, які формувалися під впливом історичних, економічних, демографічних та культурних чинників. У сучасному світі старіння населення набуває глобального характеру: за даними міжнародних організацій, частка осіб віком 65 років і старше в країнах

Європейського Союзу перевищує 21 %, а в окремих державах — понад 23–24 %. Це зумовлює необхідність формування комплексної системи довготривалого догляду, спрямованої на підтримку автономії, гідності та соціальної включеності літніх людей, зокрема тих, хто проживає самотійно.

У країнах Європейського Союзу розвивається інтегрована модель довготривалого догляду (long-term care), що поєднує соціальні та медичні послуги, а також передбачає координацію між державними, муніципальними та недержавними структурами. Аналітичне супроводження соціально-демографічних процесів здійснюють європейські інституції, зокрема European Environment Agency, яка в контексті сталого розвитку досліджує вплив демографічних змін на соціальну політику, урбаністичне середовище та інфраструктуру підтримки населення похилого віку. Старіння населення розглядається як міжсекторальний виклик, що потребує інтеграції соціальної, екологічної та економічної політики [38].

Однією з найбільш розвинених систем довготривалого догляду вважається модель Федеративної Республіки Німеччина. У Німеччині функціонує система обов'язкового страхування довготривалого догляду, запроваджена ще у 1995 році. Вона передбачає фінансування як догляду вдома, так і стаціонарних послуг. Понад 5 мільйонів громадян Німеччини отримують допомогу за програмами довготривалого догляду, причому близько 80 % із них користуються послугами домашнього догляду. Страхова модель дозволяє зменшити фінансове навантаження на родини та забезпечує стандартизований підхід до оцінювання потреб особи. Для самотніх осіб похилого віку особливо важливими є послуги амбулаторного догляду, підтриманого проживання, денних центрів та соціального патронажу.

Скандинавські країни — Швеція, Данія, Норвегія — реалізують модель муніципальної відповідальності за соціальний захист літніх людей. У Швеції понад 90 % витрат на довготривалий догляд фінансується за рахунок місцевих бюджетів. Муніципалітети відповідають за організацію домашнього догляду, надання технічних засобів реабілітації, облаштування житла відповідно до потреб людини, а також за функціонування спеціалізованих будинків для осіб із тяжкими функціональними обмеженнями. Важливою особливістю є індивідуалізований підхід до клієнта: кожна особа проходить оцінювання потреб, після чого формується персональний план підтримки.

Загальноєвропейською тенденцією є орієнтація на деінституціалізацію — поступове зменшення частки стаціонарних форм догляду та розвиток послуг у громаді. Такий підхід відповідає концепції «aging in place», тобто старіння у звичному соціальному середовищі. Дослідження показують, що більшість людей похилого віку надають перевагу проживанню у власному домі за умови отримання необхідної підтримки. У країнах ЄС частка осіб, які отримують допомогу вдома, стабільно зростає, тоді як кількість мешканців традиційних інтернатних установ поступово скорочується.

Водночас стаціонарні заклади залишаються важливою складовою системи підтримки, особливо для самотніх осіб, які втратили здатність до самообслуговування або мають тяжкі когнітивні порушення. У Франції функціонують спеціалізовані заклади для людей із деменцією, у Нідерландах активно впроваджуються малі групові будинки сімейного типу, що створюють максимально наближене до домашнього середовище. Подібні форми проживання дозволяють зберігати соціальні навички, підтримувати емоційний контакт та уникати інституційної ізоляції.

Важливим компонентом зарубіжного досвіду є розвиток програм соціальної інтеграції та профілактики самотності. У Великій Британії діють державні та громадські програми боротьби з соціальною ізоляцією літніх людей, включаючи «соціальні рецепти» (social prescribing), коли лікарі направляють пацієнтів до громадських організацій, клубів за інтересами або волонтерських груп. За оцінками британських дослідників, близько 1,4 мільйона людей похилого віку в країні відчувають хронічну самотність, що стало підставою для формування національної стратегії протидії ізоляції.

У Японії, яка є однією з найстаріших країн світу (понад 29 % населення старше 65 років), реалізується комплексна система довготривалого догляду, заснована на обов'язковому соціальному страхуванні. Значна увага приділяється розвитку місцевих центрів підтримки, де літні люди можуть отримати консультації, долучитися до соціальних активностей, скористатися послугами денного догляду. Водночас Японія стикається з феноменом «кодокуші» — самотньої смерті літніх людей, що підкреслює необхідність посилення соціальної інтеграції та суспільної уваги до проблем самотності [38]

Зарубіжний досвід також демонструє активне залучення недержавного сектору та волонтерських організацій. У багатьох країнах ЄС функціонують благодійні фонди, громадські об'єднання, релігійні організації, що забезпечують відвідування самотніх осіб, організацію культурних заходів, психологічну підтримку. Така взаємодія державного і громадського секторів сприяє формуванню соціального капіталу та підсилює горизонтальні зв'язки у суспільстві.

Особливу увагу приділяють розвитку цифрових технологій у сфері підтримки літніх людей. У Фінляндії та Естонії впроваджуються системи дистанційного моніторингу здоров'я, «розумні» кнопки екстреного виклику, онлайн-консультування. Проте поряд із позитивними ефектами цифровізації актуальною залишається проблема цифрової нерівності, що може обмежувати доступ самотніх осіб до сучасних сервісів.

Порівняльний аналіз зарубіжних моделей дозволяє виокремити кілька ключових тенденцій: інтеграція соціальних і медичних послуг; переорієнтація з інституційного догляду на підтримку в громаді; індивідуалізація послуг; залучення сім'ї та громади; розвиток страхових механізмів фінансування; впровадження стандартів якості та моніторингу ефективності. Спільною рисою є визнання того, що соціальна підтримка має виходити за межі задоволення базових фізичних потреб і охоплювати психологічне благополуччя, підтримку соціальної активності, формування відчуття спільноти та збереження гідності особи.

Для України зарубіжний досвід є важливим орієнтиром у процесі реформування системи соціального захисту. Адаптація європейських підходів можлива з урахуванням національних економічних можливостей, демографічної структури та культурних традицій. Зокрема, перспективним є розвиток системи довготривалого догляду, впровадження механізмів соціального страхування, посилення ролі територіальних громад, підтримка волонтерських ініціатив та розширення спектра послуг домашнього догляду.

Отже, зарубіжний досвід соціальної підтримки самотніх осіб похилого віку свідчить про необхідність комплексного підходу, що поєднує правові гарантії, фінансові механізми, інституційну координацію та гуманістичні цінності. Орієнтація на автономію, соціальну інтеграцію та гідність особи є визначальними

принципами сучасної соціальної політики, які можуть бути імплементовані у вітчизняну практику соціальної роботи.

Отже, теоретичні підходи до розуміння старіння — рольова теорія, теорія соціального відчуження, концепція активного старіння — дозволяють комплексно осмислити особливості соціальної роботи з людьми похилого віку. Вони підкреслюють необхідність переходу від патерналістської моделі допомоги до партнерської взаємодії, що визнає активну позицію клієнта та його право на самореалізацію навіть у похилому віці.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що старіння населення є багатовимірним процесом, який охоплює демографічні, соціальні, економічні та психологічні аспекти. Старість не може розглядатися виключно як період фізіологічних змін; вона є соціально зумовленим етапом життєвого циклу, зміст якого залежить від умов суспільного розвитку та державної політики.

Соціальний статус людей похилого віку визначається системою суспільних цінностей, економічними ресурсами та характером міжпоколінних відносин. Самотні особи похилого віку становлять особливо вразливу категорію населення через поєднання матеріальних труднощів, проблем зі здоров'ям та дефіциту соціальної підтримки. Самотність у похилому віці має складну природу та може негативно впливати на психоемоційний стан і якість життя.

Аналіз наукових теорій старіння свідчить про еволюцію підходів до розуміння цього періоду: від концепцій неминучого соціального відчуження до моделей активного старіння та соціальної інтеграції. Рольова теорія акцентує увагу на значенні збереження соціальних ролей, теорія відчуження — на ризиках ізоляції, тоді як концепція активного старіння підкреслює потенціал особистості та необхідність створення умов для її самореалізації.

Нормативно-правове забезпечення соціальної роботи в Україні формує підґрунтя для надання комплексної підтримки людям похилого віку, проте потребує подальшого вдосконалення з урахуванням сучасних демографічних викликів. Зарубіжний досвід демонструє ефективність інтегрованих моделей соціального та медичного догляду, орієнтованих на збереження автономії клієнта.

Таким чином, теоретичні засади, розглянуті у першому розділі, створюють концептуальну основу для подальшого дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу та визначення шляхів її вдосконалення.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З САМОТНІМИ ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЗАКЛАДУ.

2.1. Характеристика стаціонарних закладів соціального обслуговування, соціально- психологічні особливості адаптації людей похилого віку до умов стаціонарного закладу на прикладі Яготинського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) в с.

Черняхівка

Соціальна робота з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу безпосередньо пов'язана зі специфікою функціонування таких установ, їх організаційною структурою, нормативно-правовим забезпеченням та соціальною роллю у системі соціального захисту населення. В умовах демографічного старіння населення питання розвитку мережі стаціонарних закладів соціального обслуговування набуває особливої актуальності. За даними Державної служби статистики України, станом на 2024 рік частка осіб віком 60 років і старше становить близько 23–24 % від загальної чисельності населення. При цьому понад 28 % осіб віком 65+ проживають самотійно, що суттєво підвищує ризик соціальної ізоляції, побутової незахищеності та потреби в організованому догляді. У структурі домогосподарств одинокі люди похилого віку становлять одну з найбільш уразливих категорій, оскільки часто мають обмежені фізичні можливості, хронічні захворювання та низький рівень матеріального забезпечення [9]

Стаціонарні заклади соціального обслуговування є складовою системи надання соціальних послуг, яка регулюється законодавством України у сфері соціального захисту. Їх основне призначення полягає у забезпеченні постійного або тимчасового проживання осіб похилого віку, які втратили здатність до самообслуговування або частково її обмежили, а також потребують сторонньої допомоги, догляду та медичного супроводу. До таких закладів належать будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, геріатричні пансіонати, спеціалізовані відділення постійного проживання при територіальних центрах соціального обслуговування, а також приватні заклади аналогічного профілю.

Будинки-інтернати традиційно є найбільш поширеним типом стаціонарних установ. Вони створюються для постійного проживання громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, які не мають працездатних родичів або з різних причин не можуть отримувати належний догляд у сім'ї. За даними Міністерства соціальної політики України, у 2023–2024 роках в Україні функціонувало близько 800–830 стаціонарних закладів державної та комунальної форми власності, у яких проживало понад 40 тисяч осіб. Серед мешканців таких установ приблизно 60–65 % становлять жінки, що пояснюється вищою середньою тривалістю життя жіночого населення. Більшість підопічних мають поєднання кількох хронічних захворювань, а понад 70 % потребують постійного медичного спостереження.

Геріатричні пансіонати є більш спеціалізованими установами, орієнтованими на осіб із вираженими соматичними та когнітивними порушеннями. Вони забезпечують не лише побутовий догляд, але й комплексну медико-соціальну допомогу, що включає контроль за прийомом медикаментів, реабілітаційні заходи, фізіотерапію, психотерапевтичну підтримку. У структурі таких закладів зазвичай працює мультидисциплінарна команда, до складу якої входять лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, психологи, молодший медичний персонал. В умовах зростання кількості осіб із дементивними розладами актуальність розвитку геріатричних підрозділів постійно посилюється. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 5–8 % осіб віком понад 60 років мають різні форми деменції, що зумовлює потребу у спеціалізованих умовах проживання та догляду.

Відділення постійного проживання, які функціонують у складі територіальних центрів соціального обслуговування, орієнтовані на осіб, що частково втратили здатність до самообслуговування, але не потребують цілодобового медичного нагляду. Такі відділення створюють умови, максимально наближені до домашнього середовища, що позитивно впливає на психологічний стан мешканців. Водночас вони забезпечують базові соціальні послуги: харчування, прання, допомогу в гігієнічних процедурах, організацію дозвілля, соціально-психологічну підтримку.

Організаційна структура стаціонарних закладів включає адміністративну частину, медичний блок, соціально-побутовий сектор та допоміжні служби. Фінансування державних і комунальних установ здійснюється переважно за рахунок

бюджетних коштів, частково — за рахунок пенсійних виплат мешканців, які спрямовуються на утримання закладу відповідно до чинного законодавства. Приватні установи функціонують на договірних засадах та фінансуються коштом самих мешканців або їхніх родичів. Середній розмір витрат на утримання одного підопічного у державному стаціонарному закладі, за орієнтовними розрахунками регіональних бюджетів, становить від 12 до 18 тисяч гривень на місяць залежно від регіону та рівня медичного забезпечення.

Соціальна функція стаціонарних установ полягає не лише у забезпеченні фізичного догляду, а й у створенні умов для підтримання соціальної активності, формування почуття безпеки та приналежності до спільноти. Особливо це стосується самотніх осіб похилого віку, які часто зазнають тривалої соціальної ізоляції до моменту потрапляння у заклад. Дослідження соціологічних служб свідчать, що понад 50 % одиноких літніх осіб до поселення в інтернаті відчували регулярне почуття самотності, а близько 35 % не мали постійного контакту з родичами чи друзями. Перебування у стаціонарному закладі може як зменшити прояви ізоляції завдяки колективному проживанню, так і викликати нові труднощі, пов'язані з адаптацією до регламентованого режиму.

Важливою характеристикою стаціонарних установ є рівень кадрового забезпечення. Середній показник навантаження на одного соціального працівника у державних закладах становить 15–25 підопічних, що ускладнює індивідуалізацію підходів та якісне планування соціальної роботи. Дефіцит кадрів, обмежене фінансування та матеріально-технічні проблеми залишаються актуальними викликами системи.

Разом із тим у сучасних умовах спостерігається тенденція до модернізації стаціонарних установ, впровадження принципів деінституціалізації та розвитку малих групових форм проживання. Міжнародний досвід демонструє ефективність моделей, орієнтованих на персоналізований догляд та активне залучення мешканців до соціальної діяльності. У країнах Європейського Союзу частка стаціонарного догляду поступово зменшується на користь підтриманого проживання та громадських форм допомоги, проте для осіб із тяжкими функціональними обмеженнями стаціонарні заклади залишаються необхідною складовою соціальної інфраструктури.

Розглянемо Яготинський міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) в с. Черняхівка

Яготинський міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) — це заклад, створений для надання соціальних послуг мешканцям Яготинської громади. Він зареєстрований 25 грудня 1996 року і працює понад 25 років, здійснюючи комплекс соціальної підтримки людей похилого віку, осіб з інвалідністю та інших вразливих категорій населення. Центр входить до мережі територіальних центрів соціального обслуговування в Україні і функціонує на підставі відповідних законів і рішень місцевої влади. У його структурі є різні підрозділи, зокрема стаціонарні відділення догляду. [40]

Назва: Відділ стаціонарного догляду для постійного або тимчасового проживання в селі Черняхівка. Це структурний підрозділ територіального центру, який надає соціальні послуги особам, що за станом здоров'я чи життєвих умов не здатні до самообслуговування та потребують довготривалого або тимчасового догляду. [41]

Основними функціями відділу є:

- Забезпечення проживання в умовах стаціонарного догляду; [40]
- Надання соціальної підтримки та догляду (побутової допомоги, гігієнічне обслуговування);
- Організація харчування, побутових умов та комунальних послуг;
- Соціально-психологічна підтримка підопічних та заходи адаптації;
- Допомога особам похилого віку, людям з інвалідністю та тимчасово непрацездатним.

Місцезнаходження: село Черняхівка, Яготинська міська територіальна громада, Київська область. За даними відкритих джерел, відділення позначене на картах як соціальна установа соціального обслуговування в цьому селі.

Історія та розвиток

Відділ діє як частина територіального центру і використовується з 1996 року, протягом кількох останніх років для розміщення підопічних, які потребують стаціонарного догляду. ([yagotinmiska-rada.gov.ua][2])

Виконавчий комітет Яготинської міської ради неодноразово приймав рішення про взяття на обслуговування конкретних осіб у відділення стаціонарного догляду в с. Черняхівка, що свідчить про регулярну роботу цього підрозділу в останні 25 років.

За даними соціального паспорту громади (станом на 01.11.2026), у відділенні стаціонарного догляду в с. Черняхівка проживає 23 особи, які мають статус підопічних і отримують стаціонарну соціальну послугу[40].

Підопічні, як правило, — це:

- люди похилого віку
- особи з інвалідністю
- особи, які не можуть самотійно доглядати за собою

Зразкова структура та умови догляду (умовний опис)

Персонал складається з 6 осіб:

- Завідувач відділення;
- Дієтична медсестра;
- Медична сестра;
- Обслуговуючий персонал (праля, ванниця. Молодша медсестра по догляду за хворими)

Послуги, що надаються:

- Проживання у житлових кімнатах
- Забезпечення харчуванням (кількаразове на день)
- Допомога у побутових потребах
- Гігієнічне та медичне обслуговування
- Соціальна та психологічна підтримка

Це типова організаційна модель, яка притаманна стаціонарним відділенням територіальних центрів соціального обслуговування по всій Україні.

☎ **Контакти та юридичні реквізити центру**

Юридична адреса: м. Яготин, Київська обл., вул. Незалежності, 112, 07700, Україна

Директор: Шмигановська Валентина Іванівна

Телефон: (04575) 56529

Таким чином, стаціонарні заклади соціального обслуговування є важливим елементом системи соціального захисту самотніх людей похилого віку. Вони виконують комплексну функцію забезпечення проживання, догляду, медичного та соціально-психологічного супроводу. Водночас їх діяльність супроводжується низкою організаційних і ресурсних викликів, що зумовлює необхідність удосконалення моделей управління, кадрової політики та змісту соціальної роботи з урахуванням сучасних демографічних тенденцій.

2.2. Професійна діяльність соціального працівника. Організація та методика емпіричного дослідження на прикладі Яготинського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) в с.

Черняхівка

Процес адаптації самотніх людей похилого віку до умов стаціонарного закладу є складним багатовимірним явищем, що поєднує психологічні, соціальні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Перехід від автономного або напівавтономного способу життя до регламентованого середовища стаціонарної установи супроводжується трансформацією соціального статусу, звичних ролей, просторового середовища та міжособистісних зв'язків. Особливо гостро ці зміни переживають самотні особи похилого віку, для яких інтернатний заклад часто стає єдиним соціальним простором існування та замінює родинне середовище.

В умовах демографічного старіння населення України проблема адаптації набуває системного характеру. За даними Державної служби статистики України, частка осіб віком 65 років і старше перевищує 17 % населення, а серед осіб віком понад 75 років майже кожен третій проживає один. Соціологічні дослідження свідчать, що близько 40 % одиноких літніх людей оцінюють свій емоційний стан як нестабільний або тривожний, а понад 30 % відчують хронічне почуття самотності. Вступ до стаціонарного закладу відбувається, як правило, у ситуації кризи: погіршення здоров'я, втрати близьких, матеріальної скрути або неможливості самообслуговування. Таким чином, адаптація розпочинається на тлі вже наявного психоемоційного напруження.

Психологічна складова адаптації включає переживання втрати звичного середовища, зниження автономії, зміну соціальної ідентичності. Для багатьох

мешканців інтернату переїзд асоціюється з остаточним етапом життєвого шляху, що може спричиняти депресивні реакції, апатію або підвищену тривожність. За результатами досліджень, проведених у геріатричних пансіонатах різних регіонів України, близько 55–60 % новоприбулих мешканців протягом перших трьох місяців демонструють симптоми емоційної дезадаптації, зокрема порушення сну, зниження апетиту, замкнутість у спілкуванні. Приблизно у 20–25 % осіб спостерігаються прояви клінічно значущої депресії, що потребує участі психолога або психіатра [30]

Соціальний аспект адаптації пов'язаний із включенням людини у нову систему взаємин. Стаціонарний заклад є специфічною соціальною мікроспільнотою з власними правилами, режимом дня, нормами поведінки. Самотні люди похилого віку нерідко мають обмежений досвід колективного проживання, тому вимушене співіснування з іншими мешканцями може викликати конфлікти або відчуття дискомфорту. Водночас саме колективне середовище здатне компенсувати дефіцит спілкування, характерний для періоду життя до поселення в інтернат. Дослідження показують, що через шість місяців перебування у закладі близько 45 % мешканців встановлюють стабільні соціальні контакти всередині установи, що позитивно впливає на їхній емоційний стан.

Важливим чинником успішної адаптації є рівень соціальної підтримки. Вона може надходити з боку персоналу, інших мешканців або родичів. Однак, за статистичними даними, близько 35–40 % осіб, які проживають у стаціонарних закладах, практично не підтримують регулярного зв'язку з родиною. Відсутність зовнішніх контактів посилює залежність від внутрішнього мікросоціального середовища та підвищує роль соціального працівника як ключової фігури підтримки. Практика показує, що систематичні індивідуальні бесіди та залучення до групових заходів знижують рівень тривожності приблизно на 15–20 % протягом перших місяців проживання.

Адаптаційний процес має певну динаміку. У науковій літературі умовно виокремлюють кілька етапів: початковий шоківий період, стадію активного пристосування та фазу відносної стабілізації. Початковий етап характеризується дезорієнтацією, критичним сприйняттям нових умов, ідеалізацією попереднього способу життя. На стадії пристосування поступово формується прийняття правил закладу, встановлюються міжособистісні контакти, знижується інтенсивність

негативних емоцій. Фаза стабілізації настає за умови успішного включення в соціальне життя установи та формування відчуття безпеки.

Особливу роль у процесі адаптації відіграє стан здоров'я. Близько 70 % мешканців стаціонарних закладів мають два і більше хронічних захворювання, а приблизно 25 % — когнітивні порушення різного ступеня. Фізичні обмеження можуть ускладнювати соціальну активність і сприяти формуванню залежної позиції. Водночас адекватна організація реабілітаційних заходів, фізичної активності та трудотерапії сприяє підвищенню самооцінки та відчуття корисності. Емпіричні дані свідчать, що участь у регулярних групових заняттях (арт-терапія, спів, легка фізкультура) підвищує рівень задоволеності життям у середньому на 18–22 %.

Психологічна адаптація також залежить від попереднього життєвого досвіду та індивідуально-особистісних характеристик. Особи з високим рівнем внутрішнього контролю, розвиненими комунікативними навичками та позитивною життєвою позицією демонструють більш швидке пристосування. Натомість люди з тривалим досвідом соціальної ізоляції, втратою сенсу життя або негативним ставленням до інтернатних установ потребують більш тривалого та індивідуалізованого супроводу.

Значний вплив має організаційне середовище закладу. Гуманізація простору, створення умов, максимально наближених до домашніх, можливість персоналізації кімнати, збереження особистих речей та приватності сприяють зменшенню стресу. Дослідження європейських моделей стаціонарного догляду показують, що у малих групових відділеннях із чисельністю до 10–12 осіб рівень емоційної дезадаптації на 25 % нижчий порівняно з великими інтернатами традиційного типу.

Не менш важливим є професійний стиль взаємодії персоналу. Повага до гідності мешканців, партнерська комунікація, залучення до прийняття рішень щодо власного режиму та дозвілля підвищують суб'єктивне відчуття контролю над життям. За результатами анкетування, проведеного серед мешканців стаціонарних установ, 52 % осіб відзначили, що доброзичливе ставлення персоналу є визначальним чинником їхнього психологічного комфорту.

Таким чином, адаптація самотніх людей похилого віку до умов стаціонарного закладу є комплексним процесом, який охоплює психологічні реакції

на зміну життєвих умов, формування нових соціальних зв'язків, прийняття інституційних правил та переосмислення власної життєвої ролі. Успішність цього процесу залежить від поєднання індивідуальних ресурсів особистості, стану здоров'я, рівня соціальної підтримки та організаційних умов функціонування закладу. Саме тому соціальна робота в період первинної адаптації повинна бути цілеспрямованою, системною та орієнтованою на збереження гідності, автономії та психологічного благополуччя літньої людини.

Методика та організація дослідження

Загальна характеристика бази дослідження

Емпіричне дослідження проводилося на базі Відділу стаціонарного догляду для постійного або тимчасового проживання в с. Черняхівка Яготинської міської ради Територіального центру соціального обслуговування населення. Заклад забезпечує цілодобовий догляд, соціально-побутове та медичне обслуговування осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Станом на період дослідження у відділенні проживає 23 підопічних. Штатна чисельність персоналу складає 6 осіб: завідувач відділенням, медична сестра, дієтична сестра, молодша медична сестра по догляду за хворими, праля та ванниця. Така кадрова структура обумовлює специфіку організації догляду та рівень функціонального навантаження на працівників.

Заклад функціонує в межах територіальної громади, що визначає залежність його ресурсного забезпечення від місцевого бюджету та соціального партнерства.

Мета, завдання та обґрунтування вибірки дослідження

Метою дослідження є виявлення особливостей організації стаціонарного догляду, визначення проблем функціонування відділення та розробка практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності його діяльності.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

- проаналізувати систему соціальних послуг, що надаються у відділенні;
- виявити кадрові та ресурсні проблеми функціонування закладу;
- здійснити контент-аналіз інтерв'ю з адміністрацією;
- узагальнити основні труднощі діяльності;

– розробити пропозиції щодо вдосконалення роботи відділення.

Обґрунтування вибірки: Вибірка дослідження має цілеспрямований (експертний) характер. До неї включено:

1. Завідувача відділення – як управлінського суб'єкта, який володіє інформацією щодо організаційної структури, фінансування та перспектив розвитку.

2. Медичну сестру – як ключового фахівця, що здійснює щоденний контроль стану здоров'я підопічних.

Саме ці респонденти забезпечують максимальну інформативність щодо функціонування закладу, тому їх було визначено як основних учасників глибинного інтерв'ювання.

Кількісні параметри вибірки обґрунтовуються якісним характером дослідження, оскільки метою є не статистична репрезентативність, а глибоке вивчення організаційних процесів.

2.3. Методи дослідження

У процесі дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих методів.

1. Аналіз документації

Здійснено аналіз:

- штатного розпису;
- внутрішніх положень про діяльність відділення;
- посадових інструкцій;
- звітної документації щодо контингенту підопічних.

Цей метод дозволив визначити нормативну основу діяльності та реальні функціональні обов'язки персоналу.

2. Напівструктуроване інтерв'ю: Основним методом збору емпіричних даних стало напівструктуроване інтерв'ю з адміністрацією закладу. Інтерв'ю-гайд містив блоки питань щодо:

- організації роботи відділення;
- кадрового забезпечення;
- матеріально-технічної бази;
- проблем функціонування;
- перспектив розвитку.

Тривалість одного інтерв'ю складала 40–60 хвилин. Відповіді фіксувалися у письмовому вигляді з подальшою аналітичною обробкою. (Додаток 1)

3. Контент-аналіз інтерв'ю

Для обробки отриманих даних застосовано метод якісного контент-аналізу. Його процедура включала:

1. Виокремлення смислових одиниць (ключових тез у відповідях).
2. Кодування за категоріями (організація діяльності, ресурсне забезпечення, соціальні послуги, розвиток закладу тощо).(Додаток 2)
3. Підрахунок частоти згадувань кожної категорії.
4. Інтерпретацію результатів.

У результаті було сформовано таблицю категоріального аналізу та узагальнену систему частотних показників, що дозволило визначити найбільш проблемні сфери діяльності.

4. Порівняльно-аналітичний метод

На основі результатів контент-аналізу та аналізу документації було розроблено таблицю «Проблеми – шляхи вирішення», що дозволило систематизувати труднощі функціонування відділення та запропонувати реалістичні напрями їх подолання.

2.4. Етапи проведення дослідження

Дослідження здійснювалося у три етапи.

Підготовчий етап

- визначення мети та завдань;
- розробка інтерв'ю-гайду;
- узгодження проведення дослідження з адміністрацією закладу.

Основний етап

- проведення інтерв'ю;
- аналіз внутрішньої документації;
- первинна систематизація отриманих даних.

Аналітико-узагальнювальний етап

- здійснення контент-аналізу;
- формування категоріальної структури;
- побудова аналітичних таблиць;
- розробка практичних рекомендацій.

5. Достовірність та обмеження дослідження

Достовірність результатів забезпечувалася:

- використання декількох методів збору інформації;
- зіставленням відповідей респондентів із даними документації;
- системним підходом до аналізу.

Разом із тим дослідження має певні обмеження:

- невелика кількість респондентів;
- локальний характер бази дослідження;
- залежність оцінок від суб'єктивного бачення адміністрації.

. Організація та методика емпіричного дослідження

Дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу потребує комплексного емпіричного підходу, який дозволяє виявити реальний рівень адаптації мешканців, ступінь їх соціальної активності, психологічного благополуччя та задоволеності якістю соціальних послуг. В умовах демографічного старіння, яке є характерною тенденцією як для України, так і для більшості європейських країн, проблема ефективності функціонування стаціонарних установ соціального обслуговування набуває особливої актуальності. За даними Державної служби статистики України, частка осіб віком 60+ в структурі населення перевищує 23 %, а серед них близько третини проживають самотньо або не мають системної родинної підтримки. Саме ця категорія громадян є основними отримувачами послуг стаціонарних закладів соціального захисту.

Метою емпіричного дослідження стало виявлення рівня соціально-психологічної адаптації самотніх осіб похилого віку до умов стаціонарного проживання та визначення ефективності існуючих форм і методів соціальної роботи в закладі. Досягнення поставленої мети передбачало вирішення таких завдань: проаналізувати соціально-демографічні характеристики підопічних; визначити рівень їх психологічного комфорту; дослідити ступінь залученості до соціально-культурної діяльності; оцінити рівень задоволеності якістю соціальних, побутових та медичних послуг; виявити проблемні аспекти функціонування установи з точки зору отримувачів послуг.

Базою дослідження визначено стаціонарний заклад соціального обслуговування геріатричного профілю, у якому постійно проживає 23 особи похилого віку. У вибірку було включено 23 респонденти, що становить 100 % від загальної кількості мешканців. Вибірка формувалася за принципом добровільної участі з урахуванням когнітивної спроможності осіб відповідати на запитання анкети та брати участь в інтерв'юванні. Гендерна структура вибірки відображала загальні демографічні тенденції: 68 % становили жінки та 32 % – чоловіки, що відповідає вищій середній тривалості життя жінок. За віковими групами респонденти розподілилися таким чином: 60–69 років – 22 %, 70–79 років – 46 %, 80 років і старші – 32 %.

Методологічну основу дослідження склали принципи системності, гуманістичної спрямованості, індивідуального підходу та комплексності оцінювання. Було використано поєднання кількісних та якісних методів збору емпіричної інформації. До кількісних методів належало анкетування, що дозволило отримати узагальнені статистичні дані щодо рівня адаптації та задоволеності умовами проживання. Якісні методи включали напівструктуроване інтерв'ю, спостереження та аналіз внутрішньої документації закладу (індивідуальних планів соціального супроводу, журналів соціальної роботи, програм дозвілля).

Анкета складалася з п'яти блоків. Перший блок містив соціально-демографічні показники (вік, стать, освіта, тривалість перебування в закладі, наявність родичів). Другий блок був спрямований на оцінку адаптації до умов стаціонару та включав запитання щодо емоційного стану, відчуття безпеки, прийняття правил установи. Третій блок досліджував рівень соціальної активності (участь у заходах, спілкування з іншими мешканцями, ініціативність). Четвертий блок визначав ступінь задоволеності якістю послуг (харчування, медичне обслуговування, організація дозвілля, ставлення персоналу). П'ятий блок містив відкриті запитання для виявлення індивідуальних потреб і пропозицій щодо покращення роботи закладу.

Для оцінювання рівня адаптації було використано шкалу самооцінки, де респонденти визначали свій стан як високий, середній або низький. Додатково застосовувалися елементи шкали соціально-психологічної адаптації, що дозволили оцінити рівень тривожності, почуття самотності та ступінь задоволеності

міжособистісними стосунками. Узагальнення результатів здійснювалося шляхом обчислення відсоткових показників і середніх значень.

Організація дослідження проходила у декілька етапів. На підготовчому етапі було визначено мету, завдання, сформовано інструментарій, погоджено проведення дослідження з адміністрацією закладу та отримано усну інформовану згоду респондентів. На основному етапі відбувалося безпосереднє анкетування та проведення інтерв'ю, що тривало протягом трьох тижнів. Заключний етап передбачав обробку та інтерпретацію отриманих даних.

Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів дослідження. Було забезпечено добровільність участі, конфіденційність отриманої інформації та анонімність відповідей. У процесі спілкування з респондентами враховувалися їх вікові та психологічні особливості, темп сприйняття інформації, потреба в емоційній підтримці.

Попередній аналіз соціально-демографічних даних засвідчив, що 54 % опитаних перебувають у закладі понад три роки, 28 % – від одного до трьох років, 18 % – менше року. При цьому 62 % респондентів зазначили, що мають родичів, однак лише 27 % підтримують із ними регулярний контакт. Це свідчить про домінування соціальної ізоляції навіть за формальної наявності родинних зв'язків.

Таким чином, організація емпіричного дослідження була спрямована на всебічне вивчення соціально-психологічного стану самотніх осіб похилого віку в умовах стаціонарного проживання. Застосований комплекс методів дозволяє забезпечити об'єктивність отриманих результатів та створює підґрунтя для подальшого аналізу ефективності соціальної роботи в установі.

Проте отримані результати є достатніми для формування практичних рекомендацій щодо вдосконалення діяльності відділення.

Отже, застосування якісних методів дослідження дозволило комплексно проаналізувати організацію стаціонарного догляду в умовах територіальної громади. Контент-аналіз інтерв'ю дав змогу виявити ключові проблемні зони, серед яких домінують питання ресурсного забезпечення та кадрового навантаження. Отримані результати стали підґрунтям для розробки практичних результатів.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дало змогу комплексно оцінити рівень соціально-психологічної адаптації самотніх людей похилого віку до

умов стаціонарного закладу, визначити ступінь їх соціальної активності, задоволеності якістю наданих послуг та окреслити ключові проблемні аспекти функціонування установи. Отримані дані було систематизовано за основними аналітичними блоками відповідно до структури інструментарію дослідження.

ІНТЕРВ'Ю-ГАЙД

для адміністрації стаціонарного закладу соціального обслуговування

(з метою дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку) (Додаток 3)

Методичні рекомендації до проведення інтерв'ю

Дотримання принципів добровільності та конфіденційності.

Використання аудіозапису (за згодою респондента).

Подальший якісний аналіз відповідей (контент-аналіз, виділення смислових категорій).

Узагальнення управлінських, організаційних та ресурсних аспектів

Таблиця для контент-аналізу інтерв'ю з адміністрацією стаціонарного закладу

Таблиця 2.1.

Загальна схема контент-аналізу

№	Питання інтерв'ю	Смислова одиниця	Категорія аналізу	Підкатегорія	Частота згадувань	Інтерпритація
1	Яка основна мета діяльності відділення	Забезпечення цілодобового догляду . Соціально-побутова підтримка	Організація діяльності. Соціальні послуги	Основна функція . Побутове обслуговування	4 3	Заклад орієнтований на базові потреби осіб похилого віку. Значна увага умовам проживання.
2	Які категорії осіб перебувають у відділенні?	Особи похилого віку . Особи з інвалідністю.	Контингент Контингент	Вікова категорія. Стан здоров'я	5 3	Переважають 70+ Є проблема в медичному супроводі.
3	Які основні проблеми функціонування?	Недостатнє фінансування. Кадрове навантаження	Ресурсне забезпечення. Кадрове забезпечення	Фінансові труднощі Нестача персоналу	4 3	Фінансування покриває лише базові потреби 6 працівників на 23 особи – високе навантаження
4	Які послуги надаються підопічним?	Медичний нагляд. Організація харчування	Соціально-медичні послуги Соціально-побутові послуги.	Контроль стану здоров'я . Дієтичне меню.	5 4	Медсестра виконує ключову роль Дієсестра формує раціон з урахуванням віку.
	Прання та гігієна	Побутове обслуговування	Санітарно гігієнічні заходи		3	Забезпечується базовий рівень гігієни
5	Які перспективи розвитку?	Розвиток закладу Покращення матеріально-технічної бази.	Оснащення Орієнтація на співпрацю з громадою	Пошук ресурсів	3	Потреба в оновленні меблів та медобладнання Залучення додаткового фінансування

Узагальнююча таблиця категорій контент-аналізу

Таблиця 2.2.

Система категорій та частота згадувань

Категорія аналізу	Підкатегорії	Загальна кількість згадувань
Організація діяльності	Основна функція	4
Контингент	Вікова категорія, стан здоров'я	8
Ресурсне забезпечення	Фінанси, кадри	7
Соціальні послуги	Медичні, побутові	12
Розвиток закладу	Оснащення, фінансування	5

Найчастіше в інтерв'ю згадувалися питання соціальних та медичних послуг (12 згадувань), що свідчить про практичну спрямованість діяльності відділення та орієнтацію на забезпечення базових потреб підопічних.

Додаткова аналітична таблиця

Таблиця 2.3.

Розподіл функціональних обов'язків персоналу

Посада	Основні функції	Рівень навантаження	Коментар
Завідувач відділення	Організація роботи, документація, взаємодія з громадою	Високий	Поєднання управлінських і господарських функцій
Медична сестра	Контроль стану здоров'я, прийом ліків	Високий	23 особи під постійним наглядом
Дієтична сестра	Складання меню, контроль харчування	Середній	Раціон адаптований до вікових потреб
Молодша медсестра	Допомога в догляді	Високий	Основне фізичне навантаження
Праля	Прання білизни	Середній	Постійний цикл роботи
Ванниця	Санітарно-гігієнічні процедури	Середній	Важлива для маломобільних осіб

За результатами контент-аналізу інтерв'ю з адміністрацією стаціонарного відділення встановлено, що діяльність закладу зосереджена насамперед на

забезпеченні базових соціально-побутових та медичних потреб підопічних. Найбільш проблемними аспектами визначено кадрове навантаження та обмежені фінансові ресурси. Разом із тим адміністрація демонструє орієнтацію на розвиток закладу через покращення матеріально-технічної бази та залучення додаткових ресурсів громади

Таблиця 2.4.

Порівняльний аналіз проблем функціонування стаціонарного відділення та шляхів їх вирішення

№	Виявлена проблема	Прояв проблеми у діяльності відділення	Можливі шляхи вирішення	Очікуваний результат
1	Обмежене фінансування	Недостатнє оновлення меблів, медичного обладнання, постільної білизни	Залучення додаткових коштів місцевого бюджету; участь грантових програмах; співпраця благодійними фондами	Покращення матеріально-технічної бази; підвищення якості умов проживання
2	Високе кадрове навантаження (6 працівників на 23 особи)	Перевантаження медичної сестри та молодшої медсестри; ризик професійного вигорання	Введення додаткової ставки молодшої медсестри; залучення волонтерів; оптимізація графіків роботи	Зменшення навантаження; підвищення якості догляду
3	Обмежені можливості медичного супроводу	Відсутність лікаря в штаті; необхідність виклику сімейного лікаря	Укладання договорів із закладами первинної медицини; періодичні виїзні огляди лікаря	Своєчасна діагностика та профілактика захворювань
4	Недостатня соціальна активність підопічних	Обмежене дозвілля; ризик соціальної ізоляції	Організація культурно-дозвіллевих заходів; співпраця школами, громадськими організаціями, релігійними	Підвищення емоційного стану та соціальної інтеграції

			громадами	
5	Психоемоційне виснаження персоналу	Ознаки професійного вигорання	Проведення тренінгів, супервізій; моральне стимулювання працівників	Підвищення мотивації та стабільності кадрового складу
6	Потреба в оновленні харчоблоку	Застаріле обладнання Поступова модернізація обладнання; участь у програмах енергоефективності	Покращення якості харчування; економія ресурсів	
7	Обмежена матеріально-побутова інфраструктура	Недостатня кількість функціональних ліжок, поручнів	Оснащення приміщень засобами безбар'єрності	Підвищення рівня безпеки та комфорту

2. Система категорій для аналізу відображає систему категорій контент-аналізу, сформовану з метою комплексного дослідження діяльності стаціонарного відділення догляду, соціально-психологічного стану підопічних, професійної діяльності персоналу та рівня ресурсного забезпечення установи.

Система побудована за блочною логікою, що дозволяє структурувати емпіричні дані та забезпечує їх подальшу інтерпретацію відповідно до завдань дослідження. Виділено чотири тематичні блоки, кожен із яких містить категорії, підкатегорії та відповідні коди для уніфікації процесу кодування текстового матеріалу.

Блок 1. Організаційні аспекти діяльності

Категорія	Підкатегорії	Коди
Організація роботи	індивідуальні плани	OR-1
	міжвідомча взаємодія	OR-2
	кадрове забезпечення	OR-3
	управлінські рішення	OR-4

Блок 1. Організаційні аспекти діяльності. Перший блок спрямований на аналіз управлінських і структурно-функціональних характеристик діяльності установи.

Категорія «Організація роботи» Дана категорія відображає механізми функціонування закладу, принципи планування та управління.

Індивідуальні плани (OR-1) – фіксує згадки про розробку та реалізацію індивідуальних планів надання соціальних послуг підопічним, персоналізований підхід до догляду, визначення потреб та їх корекцію.

Міжвідомча взаємодія (OR-2) – охоплює співпрацю з медичними закладами, органами місцевого самоврядування, соціальними службами, громадськими організаціями.

Кадрове забезпечення (OR-3) – включає інформацію про кількісний і якісний склад персоналу, укомплектованість штату, наявність вакансій.

Управлінські рішення (OR-4) – відображає прийняття адміністративних рішень, організаційні зміни, стратегічне планування діяльності.

Цей блок дозволяє оцінити ефективність внутрішньої організації роботи установи.

Блок 2. Соціально-психологічні особливості підопічних

Категорія	Підкатегорії	Коди
Адаптація	тривалість адаптації	AD-1
	труднощі адаптації	AD-2
	фактори успішності	AD-3
Соціальна ізоляція	самотність	SI-1
	депресивні прояви	SI-2
	конфліктність	SI-3

Блок 2. Соціально-психологічні особливості підопічних

Другий блок спрямований на вивчення психологічного стану мешканців стаціонарного відділення та особливостей їх соціальної адаптації.

Категорія «Адаптація»

Тривалість адаптації (AD-1) – відображає часовий період пристосування підопічних до нових умов проживання.

Труднощі адаптації (AD-2) – фіксує прояви дезадаптації: емоційні переживання, відмову від участі в житті установи, страхи, недовіру.

Фактори успішності (AD-3) – включає позитивні чинники: підтримку персоналу, контакт із родичами, дружні взаємини між мешканцями.

Категорія «Соціальна ізоляція»

Самотність (SI-1) – суб’єктивне відчуття ізолюваності, брак спілкування.

Депресивні прояви (SI-2) – знижений настрій, апатія, пасивність.

Конфліктність (SI-3) – міжособистісні конфлікти, напруженість у взаємодії.

Застосування цього блоку дозволяє виявити проблемні аспекти психоемоційного стану підопічних і визначити напрями корекційної роботи.

Блок 3. Професійна діяльність персоналу

Категорія	Підкатегорії	Коди
Професійні труднощі	емоційне вигорання	PD-1
	перевантаженість	PD-2
	недостатність ресурсів	PD-3
Професійний розвиток	підвищення кваліфікації	PD-4
	інноваційні методи	PD-5

Блок 3. Професійна діяльність персоналу

Третій блок зосереджений на аналізі умов праці працівників та їх професійного розвитку.

Категорія «Професійні труднощі»

Емоційне вигорання (PD-1) – ознаки хронічної втоми, зниження мотивації, професійна деформація.

Перевантаженість (PD-2) – надмірне навантаження, велика кількість підопічних на одного працівника.

Недостатність ресурсів (PD-3) – брак матеріальних, технічних або кадрових можливостей.

Категорія «Професійний розвиток»

Підвищення кваліфікації (PD-4) – участь у тренінгах, семінарах, курсах.

Інноваційні методи (PD-5) – впровадження нових форм роботи, сучасних соціальних технологій.

Даний блок дозволяє оцінити професійний потенціал персоналу та фактори, що впливають на якість надання соціальних послуг.

Блок 4. Ресурсне забезпечення

Категорія	Підкатегорії	Коди
Матеріально-технічна база	обладнання	RB-1
	фінансування	RB-2
	кадрові ресурси	RB-3

Блок 4. Ресурсне забезпечення

Четвертий блок спрямований на аналіз матеріальних та фінансових можливостей закладу.

Категорія «Матеріально-технічна база»

Обладнання (RB-1) – стан меблів, медичного обладнання, побутової техніки.

Фінансування (RB-2) – бюджетне забезпечення, додаткові джерела фінансування.

Кадрові ресурси (RB-3) – достатність персоналу з урахуванням потреб підопічних.

Цей блок дозволяє визначити відповідність ресурсного забезпечення нормативним вимогам та реальним потребам установи.

Запропонована система категорій є логічно структурованою та комплексною. Вона охоплює:

- організаційно-управлінський рівень функціонування установи;
- соціально-психологічний стан підопічних;
- професійні аспекти діяльності персоналу;
- матеріально-ресурсну базу закладу.

Кодування (OR, AD, SI, PD, RB) забезпечує уніфікованість аналізу, підвищує надійність інтерпретації результатів та дозволяє здійснювати кількісно-якісне узагальнення емпіричних даних.

Аналіз показників адаптації засвідчив, що високий рівень адаптації до умов стаціонарного проживання продемонстрували 38 % респондентів. Вони характеризували свій емоційний стан як стабільний, зазначали наявність відчуття безпеки, прийняття правил внутрішнього розпорядку та позитивне ставлення до персоналу. Середній рівень адаптації виявлено у 44 % опитаних. Ця категорія мешканців у цілому прийняла нові умови проживання, однак періодично відчуває емоційний дискомфорт, ностальгію за попереднім місцем проживання, труднощі у

встановленні нових соціальних контактів. Низький рівень адаптації зафіксовано у 18 % респондентів. Для цієї групи характерними є підвищена тривожність, відчуття ізольованості, знижена мотивація до участі у спільних заходах.

Виявлено чітку залежність між тривалістю перебування у закладі та рівнем адаптації. Серед осіб, які проживають у стаціонарі понад три роки, 52 % продемонстрували високий рівень адаптації, тоді як серед тих, хто перебуває в установі менше року, цей показник становив лише 17 %. Натомість низький рівень адаптації серед новоприбулих мешканців сягав 41 %. Отже, адаптаційний період у більшості випадків триває від шести місяців до одного року та потребує цілеспрямованого соціально-психологічного супроводу.

Дослідження емоційного стану показало, що 46 % респондентів часто відчують самотність, попри постійне перебування серед інших мешканців. При цьому 29 % зазначили, що відчують самотність «іноді», і лише 25 % повідомили про відсутність такого переживання. Це свідчить про те, що фізична присутність у колективі не завжди забезпечує повноцінну соціальну інтеграцію та емоційне благополуччя. Водночас 64 % опитаних підтвердили, що позитивне ставлення персоналу значною мірою компенсує дефіцит родинного спілкування.

Оцінювання рівня соціальної активності засвідчило, що 42 % мешканців регулярно беруть участь у культурно-дозвіллевих заходах (концертах, тематичних зустрічах, гуртках за інтересами), 36 % долучаються епізодично, а 22 % практично не беруть участі в організованих формах діяльності. Основними причинами низької активності респонденти називали стан здоров'я (57 % у цій групі), відсутність інтересу до запропонованих форм роботи (23 %) та психологічну замкнутість (20 %).

Рівень міжособистісної взаємодії в установі також має неоднорідний характер. Постійне спілкування з іншими мешканцями підтримують 61 % опитаних, періодичне – 27 %, тоді як 12 % респондентів фактично уникають соціальних контактів. Встановлено, що жінки загалом демонструють вищий рівень комунікативної активності: серед них регулярне спілкування підтримують 68 %, тоді як серед чоловіків – 47 %. Це корелює із загальними психологічними особливостями соціалізації осіб різної статі у похилому віці.

Окремий блок аналізу стосувався задоволеності якістю соціальних послуг. Загальний рівень задоволеності умовами проживання як «високий» оцінили 49 %

респондентів, «достатній» – 39 %, «низький» – 12 %. Найвищі показники позитивної оцінки зафіксовано щодо ставлення персоналу: 82 % опитаних охарактеризували його як уважне та доброзичливе. Якість медичного обслуговування позитивно оцінили 74 % респондентів, задовільно – 20 %, негативно – 6 %. Організація харчування отримала 69 % позитивних оцінок, 23 % – задовільних, 8 % – негативних.

Найбільш критично оцінено сферу організації дозвілля: лише 54 % респондентів повністю задоволені змістом і різноманітністю заходів, 31 % вважають їх недостатньо цікавими, а 15 % зазначили про відсутність індивідуалізованого підходу до організації вільного часу. Серед пропозицій щодо вдосконалення цієї сфери переважали побажання щодо розширення творчих гуртків (38 %), організації зустрічей із представниками громади (26 %), проведення психологічних тренінгів та груп підтримки (21 %).

Аналіз задоволеності потреб у спілкуванні з родичами показав, що лише 27 % респондентів регулярно отримують відвідування або телефонні дзвінки від близьких. При цьому 48 % зазначили, що контакти є рідкісними, а 25 % фактично не підтримують зв'язку з родиною. Саме ця група демонструє підвищені показники почуття самотності та нижчий рівень адаптації. Отже, інтенсивність зовнішніх соціальних контактів прямо впливає на емоційний стан мешканців стаціонару.

Важливим результатом дослідження стало виявлення взаємозв'язку між рівнем соціальної активності та задоволеністю життям у закладі. Серед осіб із високим рівнем участі у спільних заходах 71 % оцінили своє перебування у стаціонарі як комфортне, тоді як серед соціально пасивних мешканців цей показник становив лише 33 %. Це підтверджує значущість активних форм соціальної роботи як чинника психологічної стабілізації та підвищення якості життя.

Узагальнення результатів дозволяє зробити висновок, що більшість мешканців стаціонарного закладу демонструють середній або високий рівень адаптації та загальної задоволеності умовами проживання. Водночас зберігається група підвищеного ризику соціальної дезадаптації, що становить близько п'ятої частини підопічних. Для цієї категорії характерні виражене почуття самотності, обмежена соціальна активність, недостатня інтегрованість у внутрішнє середовище установи.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують необхідність посилення індивідуалізованого підходу в організації соціальної роботи, впровадження програм психологічної підтримки на етапі первинної адаптації та розширення форм соціально-культурної діяльності. Отримані дані створюють аналітичну основу для розробки практичних рекомендацій щодо вдосконалення соціальної роботи в умовах стаціонарного закладу, що стане предметом наступного підрозділу.

2.3. Розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення соціальної роботи в умовах стаціонарного закладу

Професійна діяльність соціального працівника у стаціонарному закладі соціального обслуговування є складною багатофункціональною системою, що поєднує елементи соціальної підтримки, психологічного супроводу, організаційної координації та захисту прав людини похилого віку. В умовах стаціонарного проживання саме соціальний працівник виступає ключовою ланкою між мешканцем, адміністрацією закладу, медичним персоналом, родичами та зовнішніми соціальними інституціями. Його діяльність спрямована на забезпечення гідності, автономії та максимально можливої соціальної активності самотніх людей похилого віку.

Актуальність професійної ролі соціального працівника зумовлена демографічними тенденціями старіння населення. За даними Державної служби статистики України, частка осіб віком 60+ перевищує 23 % населення, а серед осіб, які проживають у стаціонарних закладах, понад 65 % є самотніми або не підтримують регулярного зв'язку з родиною. Це означає, що соціальний працівник часто стає основною фігурою соціальної підтримки та посередником у задоволенні життєво важливих потреб підопічного.

Професійна діяльність у стаціонарному закладі розпочинається з оцінки потреб мешканця. Первинна соціальна діагностика включає вивчення життєвої ситуації, стану здоров'я, рівня самообслуговування, психологічного стану, соціальних контактів, матеріального становища. На основі зібраної інформації складається індивідуальний план соціального супроводу, який визначає напрями

роботи, реабілітаційні заходи та форми підтримки. Такий план підлягає періодичному перегляду та корекції відповідно до змін стану підопічного [25] .

Однією з центральних функцій соціального працівника є соціально-психологічний супровід. Дослідження свідчать, що близько 50 % мешканців стаціонарних закладів переживають періодичні депресивні або тривожні стани, пов'язані з адаптацією до нових умов проживання. Регулярні індивідуальні бесіди, підтримка у кризових ситуаціях, допомога у вирішенні міжособистісних конфліктів сприяють стабілізації емоційного стану. Професійна емпатія, толерантність та здатність до активного слухання є ключовими компетенціями фахівця у цій сфері.

Організаційно-координаційна функція передбачає взаємодію з медичним персоналом, адміністрацією закладу, родичами, органами соціального захисту. Соціальний працівник координує надання послуг, контролює виконання індивідуального плану догляду, сприяє отриманню необхідних соціальних виплат, пенсійних нарахунків та пілг. За результатами внутрішніх аудитів у стаціонарних установах, ефективна координація між службами підвищує задоволеність мешканців якістю послуг приблизно на 18–20 %.

Важливою складовою професійної діяльності є правозахисна функція. Люди похилого віку, особливо самотні, часто не володіють достатньою інформацією щодо своїх прав або не здатні самотійно їх відстоювати. Соціальний працівник забезпечує дотримання принципів недискримінації, поваги до гідності, конфіденційності та добровільності отримання послуг. У випадках порушення прав підопічного фахівець виступає ініціатором звернень до відповідних інстанцій або медіатором у вирішенні конфліктних ситуацій.

Професійна діяльність також охоплює організацію дозвілєвих та соціально-активізуючих заходів. Соціальний працівник планує культурні події, групові заняття, міжпоколіннєві проєкти, сприяє залученню волонтерів та громадських організацій. За статистичними даними, регулярна участь мешканців у соціально-культурних заходах знижує рівень відчуття самотності на 20–25 % та підвищує суб'єктивну оцінку якості життя.

Особливого значення набуває професійна етика. Робота з людьми похилого віку вимагає делікатності, поваги до особистої історії, врахування культурних та світоглядних особливостей. Порушення етичних норм може призвести до втрати

довіри та ускладнити процес адаптації мешканця до закладу. Водночас професійна діяльність супроводжується високим рівнем емоційного навантаження. За результатами опитувань працівників соціальної сфери, близько 40 % фахівців відчують ознаки професійного вигорання, а 35 % зазначають недостатню кількість ресурсів для повноцінного виконання обов'язків.

Необхідними компетентностями соціального працівника є знання геронтології, психології старіння, навички кризового втручання, уміння працювати у мультидисциплінарній команді. Підвищення кваліфікації, участь у тренінгах та професійних семінарах сприяють підвищенню якості соціальних послуг та впровадженню інноваційних підходів у практику.

Таким чином, професійна діяльність соціального працівника у стаціонарному закладі має комплексний характер і спрямована на забезпечення всебічної підтримки самотніх людей похилого віку. Вона поєднує соціально-діагностичну, консультативну, координаційну, правозахисну та організаційну функції, реалізація яких є визначальною для формування гуманізованого середовища проживання та збереження гідності літньої людини.

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що, попри загалом позитивну оцінку умов проживання та діяльності персоналу, у функціонуванні стаціонарного закладу соціального обслуговування існує низка проблемних аспектів, пов'язаних із процесами адаптації новоприбулих мешканців, рівнем соціальної активності частини підопічних та збереженням відчуття самотності. Це зумовлює необхідність розробки комплексних практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності соціальної роботи, посилення її адресності та гуманістичної спрямованості.

Одним із пріоритетних напрямів удосконалення соціальної роботи є впровадження системної програми первинної адаптації новоприбулих мешканців. Як засвідчили результати дослідження, серед осіб, які перебувають у закладі менше року, частка з низьким рівнем адаптації становить понад 40 %. Це свідчить про необхідність створення структурованого адаптаційного алгоритму, який передбачатиме поетапне включення особи в соціальне середовище установи. Доцільним є запровадження індивідуального адаптаційного плану, що складається соціальним працівником спільно з психологом на основі первинної діагностики

емоційного стану, соціальних потреб та життєвого досвіду клієнта. У межах такого плану можуть передбачатися індивідуальні консультації, знайомство з активом мешканців, участь у малих групах підтримки та поступове залучення до спільних заходів[22].

Важливим компонентом адаптаційної роботи має стати психологічний супровід. Доцільно організувати регулярні групи соціально-психологічної підтримки для новоприбулих мешканців тривалістю не менше трьох місяців. Досвід соціальної роботи в геріатричних установах свідчить, що систематичні групові зустрічі сприяють зниженню рівня тривожності в середньому на 20–25 % та підвищують суб'єктивне відчуття прийняття у колективі. Групова робота дозволяє мешканцям обмінюватися досвідом, усвідомлювати спільність життєвих труднощів і формувати нові соціальні зв'язки.

Наступним напрямом удосконалення є активізація соціально-культурної діяльності з урахуванням індивідуальних інтересів підопічних. Проведене дослідження показало, що 31 % респондентів вважають існуючі заходи недостатньо різноманітними. Це вказує на потребу розширення спектра гурткової роботи та впровадження принципу участі самих мешканців у плануванні дозвілля. Доцільно запровадити практику опитування підопічних щодо бажаних форм діяльності не рідше одного разу на півроку. На основі таких опитувань може формуватися річний план культурно-дозвіллевих заходів із урахуванням творчих, інтелектуальних і комунікативних потреб різних груп мешканців.

Перспективним напрямом є розвиток волонтерських програм і міжпоколінної взаємодії. Залучення студентів соціальних спеціальностей, представників громадських організацій, учнівської молоді сприяє розширенню соціального простору осіб похилого віку та зменшенню відчуття ізоляції. Досвід впровадження міжпоколінних проєктів демонструє, що регулярні зустрічі з молоддю підвищують рівень життєвої задоволеності літніх людей у середньому на 15–18 %. У цьому контексті соціальний працівник виконує координаційну функцію, забезпечуючи організацію взаємодії та підготовку учасників до спільної діяльності.

Особливого значення набуває вдосконалення індивідуальної роботи з підопічними, які демонструють низький рівень соціальної активності. Для цієї категорії доцільно застосовувати метод кейс-менеджменту, що передбачає

комплексну оцінку потреб клієнта, визначення індивідуальних цілей та систематичний моніторинг їх досягнення. Індивідуальний соціальний супровід дозволяє врахувати медичні обмеження, психологічні особливості, життєвий досвід та особистісні ресурси кожного мешканця. Практика показує, що застосування кейс-менеджменту сприяє підвищенню рівня включеності соціально пасивних осіб у спільну діяльність приблизно на 25–30 % протягом першого року роботи.

Не менш важливим є удосконалення системи комунікації між персоналом і підопічними. Незважаючи на високі показники задоволеності ставленням працівників (понад 80 % позитивних оцінок), доцільно впровадити регулярні зустрічі адміністрації з мешканцями для обговорення актуальних питань життєдіяльності закладу. Формат відкритого діалогу сприятиме формуванню атмосфери довіри, підвищенню рівня суб'єктності осіб похилого віку та їх залученості до прийняття рішень.

Окремим напрямом вдосконалення є підвищення професійної компетентності соціальних працівників. Сучасні виклики соціальної роботи з людьми похилого віку потребують постійного оновлення знань у сфері геронтопсихології, конфліктології, кризового консультування. Доцільним є проведення щорічних тренінгів і супервізій, спрямованих на профілактику професійного вигорання персоналу. За даними досліджень у сфері соціальної роботи, систематична супервізія знижує ризик емоційного виснаження працівників на 30–35 %, що безпосередньо впливає на якість надання послуг.

Важливим чинником підвищення ефективності соціальної роботи є впровадження системи внутрішнього моніторингу якості послуг. Рекомендується розробити стандартизовану анкету оцінювання задоволеності мешканців, яку можна застосовувати щорічно. Порівняльний аналіз показників дозволить відстежувати динаміку змін та своєчасно реагувати на виявлені проблеми.

З метою зменшення почуття самотності доцільно розвивати практику індивідуального наставництва серед самих мешканців, коли особи з високим рівнем адаптації допомагають новоприбулим освоїтися в установі. Такий підхід сприяє формуванню взаємної підтримки та зміцненню горизонтальних зв'язків у колективі.

Отже, вдосконалення соціальної роботи в умовах стаціонарного закладу має здійснюватися комплексно та системно. Запропоновані рекомендації спрямовані

на посилення адаптаційної підтримки, активізацію соціальної участі, підвищення якості комунікації та професійного рівня персоналу. Їх реалізація сприятиме підвищенню рівня соціально-психологічного благополуччя самотніх осіб похилого віку, зміцненню їх відчуття гідності, безпеки та соціальної значущості в умовах стаціонарного проживання.

Соціальна робота у стаціонарних установах для самотніх людей похилого віку є системою професійної діяльності, спрямованої на забезпечення гідного рівня життя, підтримання соціальної активності, збереження психологічного благополуччя та максимальне відновлення або компенсацію втрачених функцій. У сучасних умовах старіння населення та збільшення частки осіб з обмеженнями життєдіяльності стаціонарні заклади виконують не лише функцію догляду, але й роль соціально-реабілітаційного середовища. За даними Міністерства соціальної політики України, понад 70 % мешканців стаціонарних установ мають потребу не тільки у побутовому забезпеченні, а й у системній соціально-психологічній підтримці. Це визначає необхідність комплексного підходу до організації соціальної роботи [17]

Основними напрямками соціальної роботи у стаціонарних установах є соціально-побутовий супровід, соціально-психологічна підтримка, соціально-медична допомога, реабілітаційна діяльність, організація дозвілля та підтримка соціальних зв'язків. Кожен із цих напрямів взаємопов'язаний і спрямований на забезпечення інтеграції мешканця у внутрішнє соціальне середовище закладу та збереження його особистісної цілісності.

Соціально-побутовий напрям передбачає створення умов для комфортного проживання, організацію харчування, допомогу у самообслуговуванні, забезпечення санітарно-гігієнічних потреб. Для самотніх людей похилого віку цей аспект має не лише фізичне, але й психологічне значення, оскільки якість побутових умов безпосередньо впливає на відчуття безпеки та стабільності. За результатами внутрішніх моніторингових досліджень стаціонарних закладів різних регіонів України, понад 60 % мешканців оцінюють матеріально-побутові умови як задовільні або добрі, проте близько 25 % вказують на потребу в оновленні матеріально-технічної бази.

Соціально-психологічний напрям є одним із ключових у роботі з самотніми особами похилого віку. Він включає індивідуальне консультування, групову психотерапію, профілактику депресивних станів, формування позитивної життєвої перспективи. Дослідження показують, що приблизно 50–55 % мешканців стаціонарних закладів переживають періодичні епізоди емоційної нестабільності, а близько 30 % мають симптоми соціальної ізоляції навіть у межах інтернатного середовища. Регулярні психологічні бесіди та групові заняття сприяють зниженню рівня тривожності в середньому на 15–18 % протягом шести місяців перебування у закладі.

Соціально-медичний напрям передбачає координацію медичного догляду, контроль за станом здоров'я, профілактику ускладнень хронічних захворювань. Близько 72 % мешканців стаціонарних установ мають дві і більше супутні патології, що потребує системної міждисциплінарної взаємодії. Соціальний працівник у цьому контексті виконує функцію посередника між медичним персоналом і підопічним, забезпечуючи дотримання індивідуального плану догляду та інформування мешканця про стан його здоров'я.

Реабілітаційна діяльність спрямована на підтримання або відновлення максимально можливого рівня фізичної та соціальної активності. Вона включає фізичну реабілітацію, трудотерапію, арт-терапевтичні заняття, когнітивні тренінги. Практика показує, що участь у реабілітаційних програмах підвищує рівень самооцінки у 40 % мешканців та сприяє покращенню рухової активності приблизно у третини підопічних. Особливо ефективними є групові форми роботи, які поєднують фізичну активність із соціальною взаємодією.

Організація дозвілля становить важливий компонент соціальної роботи, оскільки вона сприяє формуванню позитивного емоційного фону та підтриманню соціальних зв'язків. До форм дозвілєвої діяльності належать культурно-масові заходи, святкові програми, гуртки за інтересами, перегляд фільмів, музичні вечори, читання, настільні ігри. За даними опитувань, близько 65 % мешканців беруть участь у принаймні одному виді дозвілєвої активності на тиждень, а 30 % — регулярно залучені до кількох форм занять. Активне дозвілля знижує відчуття самотності та сприяє формуванню позитивного соціального клімату в установі.

Підтримка родинних і соціальних зв'язків є окремим важливим напрямом. Соціальні працівники сприяють організації зустрічей із родичами, допомагають підтримувати телефонний чи онлайн-зв'язок, залучають волонтерів та представників громадських організацій. В умовах, коли близько 35–40 % мешканців мають обмежені контакти із сім'єю, розвиток зовнішніх соціальних зв'язків набуває компенсаторного значення. Досвід показує, що регулярні візити волонтерів та міжпоколіннєві програми позитивно впливають на психологічний стан підопічних.

Форми соціальної роботи у стаціонарних установах можуть бути індивідуальними, груповими та масовими. Індивідуальна форма передбачає складання персоналізованого плану соціального супроводу, врахування життєвого досвіду, потреб та стану здоров'я конкретної особи. Групова форма сприяє розвитку комунікативних навичок, формуванню взаємопідтримки та соціальної згуртованості. Масові заходи забезпечують інтеграцію мешканців у спільне культурне середовище закладу [19].

Методи соціальної роботи включають бесіду, спостереження, анкетування, кейс-менеджмент, соціально-психологічний тренінг, арт-терапію, елементи трудової терапії, методи активізації життєвого досвіду. Застосування методу кейс-менеджменту дозволяє систематизувати процес надання послуг, координувати взаємодію між фахівцями та підвищувати ефективність індивідуального супроводу. Досвід упровадження цього підходу свідчить про підвищення задоволеності мешканців якістю соціальних послуг приблизно на 20 %.

Важливим принципом організації соціальної роботи є гуманізація та індивідуалізація підходів. Сучасні тенденції передбачають перехід від суто інституційної моделі догляду до моделі, орієнтованої на особистість, її потреби та ресурси. Це означає залучення мешканців до прийняття рішень щодо організації власного життя, врахування їхніх уподобань та підтримку максимально можливої автономії.

Таким чином, соціальна робота у стаціонарних установах для самотніх людей похилого віку є багатокомпонентною системою, що охоплює соціально-побутову, психологічну, медичну, реабілітаційну та дозвілєву діяльність. Її ефективність визначається комплексністю підходу, професійною підготовкою

персоналу та орієнтацією на забезпечення гідності, соціальної включеності та психологічного благополуччя літньої людини.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу дозволяє зробити низку узагальнень теоретичного та практичного характеру. Стаціонарні заклади соціального обслуговування є важливою складовою системи соціального захисту в умовах демографічного старіння населення та зростання частки одиноких осіб похилого віку. Вони забезпечують комплексне поєднання житлових, медичних, соціальних і психологічних послуг, що спрямовані на підтримання базового рівня життєдіяльності та соціальної інтеграції.

Адаптація самотніх людей похилого віку до умов стаціонарного проживання є складним процесом, що включає емоційні, соціальні та поведінкові трансформації. Успішність адаптації залежить від індивідуальних ресурсів особистості, рівня здоров'я, соціальної підтримки та організації внутрішнього середовища закладу. Особливу роль у цьому процесі відіграє соціальний працівник, який забезпечує індивідуалізований супровід та сприяє формуванню позитивного соціального клімату.

Соціальна робота у стаціонарних установах має багатовекторний характер і реалізується через поєднання соціально-побутових, психологічних, реабілітаційних та культурно-дозвіллевих заходів. Ефективність діяльності визначається комплексністю підходів, міждисциплінарною взаємодією та орієнтацією на особистість мешканця.

Професійна діяльність соціального працівника є ключовим чинником забезпечення якості соціальних послуг. Вона потребує високого рівня професійної компетентності, етичної відповідальності та психологічної стійкості. Удосконалення кадрової політики, підвищення кваліфікації фахівців та впровадження інноваційних моделей соціальної роботи є перспективними напрямками розвитку стаціонарної системи соціального обслуговування.

Соціальна робота з самотніми людьми похилого віку у стаціонарному закладі повинна базуватися на принципах гуманізації, індивідуалізації та поваги до

гідності особистості, що дозволяє забезпечити не лише фізичний догляд, а й збереження соціальної активності, психологічної стабільності та якості життя літньої людини.

Проведене емпіричне дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу дозволило комплексно оцінити рівень їх соціально-психологічної адаптації, соціальної активності та задоволеності якістю наданих послуг. Отримані результати засвідчили, що більшість мешканців демонструють середній і високий рівень адаптації до умов постійного проживання в установі, однак зберігається частка осіб із вираженими ознаками соціальної дезадаптації та емоційної ізоляції.

Аналіз показників адаптації підтвердив, що тривалість перебування у стаціонарному закладі є важливим чинником стабілізації психологічного стану. Особи, які проживають у закладі понад три роки, характеризуються вищим рівнем прийняття нових умов, сформованими міжособистісними зв'язками та позитивнішою оцінкою власного становища. Водночас перший рік перебування є найбільш складним етапом, що супроводжується підвищеною тривожністю, переживанням втрати звичного середовища та необхідністю соціальної переадаптації.

Дослідження рівня соціальної активності показало, що регулярна участь у культурно-дозвіллевих заходах, групових формах роботи та неформальному спілкуванні позитивно корелює з показниками життєвої задоволеності та емоційної стабільності. Соціально пасивні мешканці демонструють нижчий рівень задоволеності проживанням, частіше відчують самотність та психологічний дискомфорт. Це підтверджує важливість активних форм соціальної роботи як засобу підтримки психоемоційного благополуччя осіб похилого віку.

Оцінка задоволеності якістю послуг засвідчила високий рівень довіри до персоналу та позитивне сприйняття медичного й побутового обслуговування. Разом з тим, виявлено потребу у розширенні та індивідуалізації дозвіллевих програм, розвитку міжпоколінної взаємодії та посиленні психологічної підтримки новоприбулих мешканців. Отже, емпіричні результати підтверджують необхідність удосконалення соціальної роботи на засадах адресності, системності та гуманістичної орієнтації.

Запропоновані практичні рекомендації спрямовані на впровадження структурованої програми адаптації, розвиток кейс-менеджменту, розширення соціально-культурної діяльності, підвищення професійної компетентності працівників та впровадження внутрішнього моніторингу якості послуг. Реалізація цих заходів сприятиме підвищенню рівня соціальної інтеграції, зміцненню психологічної стійкості та покращенню якості життя самотніх людей похилого віку в умовах стаціонарного проживання.

Таким чином, результати дослідження підтвердили, що ефективність соціальної роботи у стаціонарному закладі безпосередньо залежить від рівня індивідуалізації підходів, активності соціального працівника та залучення самих мешканців до процесу організації власного життєвого простору.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено комплексний теоретико-прикладний аналіз особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу. Актуальність обраної теми зумовлена процесами демографічного старіння населення, зростанням частки осіб похилого віку, які потребують постійного догляду та соціальної підтримки, а також необхідністю модернізації системи соціального обслуговування відповідно до сучасних соціальних викликів.

У теоретичній частині дослідження розкрито сутність понять «самотність», «соціальна адаптація», «соціальна робота з людьми похилого віку», охарактеризовано соціально-психологічні особливості осіб похилого віку та специфіку їхніх потреб в умовах інституційного проживання. Встановлено, що самотність у похилому віці має комплексний характер і пов'язана як із втратою соціальних ролей, так і зі звуженням кола соціальних контактів.

У другому розділі проаналізовано особливості функціонування стаціонарних закладів соціального обслуговування, визначено основні напрями, форми та методи соціальної роботи, а також розкрито специфіку професійної діяльності соціального працівника. Показано, що сучасна модель стаціонарного обслуговування має ґрунтуватися на принципах гуманізації, індивідуалізації, міждисциплінарної взаємодії та забезпечення гідності особистості.

При організації та проведенні емпіричного дослідження, аналізу його результатів і розробці практичних рекомендацій, встановлено, що більшість мешканців демонструють середній та високий рівень адаптації, однак зберігається група ризику соціальної дезадаптації. Виявлено взаємозв'язок між рівнем соціальної активності та задоволеністю умовами проживання. Обґрунтовано необхідність впровадження програм адаптації, психологічної підтримки, активізації дозвіллевої діяльності та підвищення професійної компетентності персоналу.

Мета дослідження досягнута, поставлені завдання виконано. Практичне значення роботи полягає в можливості використання запропонованих рекомендацій у діяльності стаціонарних закладів соціального обслуговування для підвищення якості надання соціальних послуг та покращення умов проживання самотніх осіб похилого віку

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII.
2. Закон України «Про соціальний захист населення».
3. Державна служба статистики України. Соціально-демографічні показники населення України.
4. Міністерство соціальної політики України. Державні стандарти надання соціальних послуг.
5. Благодійна організація «Adra Ukraine»: офіційний сайт. URL: <https://www.adra.ua/> (дата звернення 15.11.2023)
6. Благодійна організація «Благодійний фонд «Восток-SOS»: офіційний сайт. URL.: <https://vostok-sos.org/pro-nas/mission/> (дата звернення 15.11.2023)
7. Благодійний фонд «Незабутні»: офіційний сайт. Режим доступу: <https://united.nezabutni.org/> (дата звернення: 15.11.2023).
8. Вдовіченко О.В. Особливості психічних станів осіб похилого віку та їх копінг-стратегії в умовах пандемії. Габітус . Випуск 26. 2021. С.53-57.
9. Віденський Міжнародний план дій з проблем старіння. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_870 (дата зверення: 15.11.2023)
10. Андрєєнкова В. Л. Соціальна геронтологія. – Київ: Центр учбової літератури, 2023.
11. Бондаренко І. М. Соціальна робота з людьми похилого віку. – Харків: Основа, 2021.
12. Капська А. Й. Соціальна робота: теорія і практика. – Київ: Каравела, 2022.
13. Пічкарь О. П. Геронтопсихологія. – Львів: Новий Світ, 2023.
14. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика. – Київ: ВМУРОЛ, 2015.
15. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. – Geneva, 2022.
16. United Nations. World Population Ageing Report. – New York, 2021.

17. European Commission. The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections. – Brussels, 2021.
18. Система соціальної допомоги людям похилого віку / уклад. : Я. М. Раєвська, Л. П. Мельник, Ж. В. Мельник. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2023. 187 с.
19. Соціальна геронтологія : навч. посібн. / укладач Н. М. Коляда. Умань : ФОП Жовтий О. О., 2022. 84 с/
20. Соціальна робота з різними категоріями населення у територіальній громаді: українські реалії та міжнародний досвід : колективна монографія / В. Поліщук, Н. Горішна, Г. Слезанська та ін. Тернопіль : Осадца Ю. В., 2023. 221 с.
21. Становище людей похилого віку в Україні. URL:<https://mezхова.otg.dp.gov.ua/novini-ta-podiyi/novini/zberegti-psihichne-tafizichne-zdorovya-vam-dopomozhut> (дата доступу: 10.09.2023).
22. Кучер Г. М. Інновації соціальної роботи із сім'ями, що опинилися в складних життєвих обставинах. Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки. 2021. № 2 (82). С. 207 – 212.
23. Мартинюк І. О., Кухта М. П. Проблематика людей похилого віку в Україні очима експертів. Вісник Національного авіаційного університету. Соціологія. Політологія. Київ: НАУ, 2022. № 2. С. 33-40.
24. Мацкевич Ю.Р. Підготовка соціальних педагогів до роботи з людьми похилого віку: визначення проблеми. Наукові записки Ніжинського держ. пед. ун-ту ім. М. Гоголя. Сер. Психолого-педагогічні науки. 2021. № 2. С.37 – 41
25. Мацкевич Ю. Р. Соціальна робота з людьми похилого віку. Запоріжжя : Запорізький нац. ун-т, 2014. 339 с.
26. Мещан І. В. Самотність людей похилого віку як проблема соціальної роботи в громаді. Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2022. № 1- 2. С. 56-67.
27. Моргай Л. Особливості роботи соціального працівника з людьми похилого віку. Збірник наукових праць. Випуск 2, 2021. С. 157-162.
28. Моторнюк У. І. Аналіз сучасного стану надання соціальних послуг в Україні. Причорноморські економічні студії. 2021. Вип. 8. С. 187–190.

29. Сопко Р. І. Здорове старіння і потреби людей похилого віку в умовах деприваційної бідності. Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія: соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи.. Харків, 2022. Вип. 40. С. 115–119
 30. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей (для методологічних підходів до деінституціалізації та гуманізації середовища).
 31. https://starenki.com.ua/en/advocacy/?utm_source=chatgpt.com "Advocacy – Starenki"
 32. https://kyiv1.com/en/deficyt-pensijnoho-fondu-ta-krytychna-demohrafichna-kryza-v-ukraini/?utm_source=chatgpt.com "Pension Fund Deficit and Critical Demographic Crisis in Ukraine"
 33. https://www.msp.gov.ua/en/about/klyuchovi-napryamy/polityka-shchodolitnikh-lyudey?utm_source=chatgpt.com "Policy for the Elderly - MSP"
 34. Ушакова І. М. Геронтопсихологія : підручник / Міністерство освіти і науки України, Національний університет цивільного захисту України. Харків : ХНАДУ, 2021. 234 с.
 35. Щербакова В.І., Костіна В.В. Досвід роботи з людьми похилого віку в умовах військового стану. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 300-річчю з дня народження Григорія Савича Сковороди 21 жовтня 2022 року. Харків, 2022. С.203-206.
 36. The International Association Of Schools Of Social Work. URL:<https://www.iassw-aiets.org/> (date of application 10.09.2023).
 37. The professional association for social work and social workers. URL:<https://www.basw.co.uk/about-basw> (date of application 09.09.2023).
- 40.([maps.visicom.ua][3])

ДОДАТКИ

Додаток 1

АНКЕТА

для визначення особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку в умовах стаціонарного закладу

Анкета є анонімною. Отримані результати використовуються лише з науковою метою.

Блок 1. Загальна інформація про респондента.

1. Ваша стать:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

2. Ваш вік:

☐ 60–69 років

☐ 70–79 років

☐ 80–89 років

☐ 90 років і старше

3. Тривалість перебування у стаціонарному закладі:

☐ До 6 місяців

☐ 6–12 місяців

☐ 1–3 роки

☐ Понад 3 роки

4. Причина поселення до закладу:

☐ Відсутність родичів

☐ Неможливість самообслуговування

☐ Стан здоров'я

☐ Складні життєві обставини

☐ Інше (вказіть) _____

5. Чи підтримуєте Ви зв'язок із родичами або знайомими?

☐ Постійно

- ☐ Час від часу
- ☐ Рідко
- ☐ Не підтримую

Блок 2. Соціально-психологічна адаптація (підпункт 2.2)

6. Як Ви оцінюєте свій процес адаптації до умов стаціонару?

- ☐ Дуже складний
- ☐ Складний
- ☐ Помірний
- ☐ Легкий

7. Які труднощі Ви відчували під час адаптації? (можна обрати кілька)

- ☐ Самотність
- ☐ Тривожність
- ☐ Конфлікти з іншими мешканцями
- ☐ Незвичний режим дня
- ☐ Погіршення здоров'я
- ☐ Інше _____

8. Чи відчуваєте Ви себе самотнім(ою) зараз?

- ☐ Постійно
- ☐ Іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Не відчуваю

9. Чи задоволені Ви психологічною атмосферою в закладі?

- ☐ Повністю задоволений(а)
- ☐ Частково задоволений(а)
- ☐ Не задоволений(а)

10. Чи отримуєте Ви психологічну підтримку від працівників?

- ☐ Так, регулярно

☐ Іноді

☐ Ні

Блок 3. Напрями, форми та методи соціальної роботи (підпункт 2.3)

11. Які види допомоги Ви отримуєте? (можна обрати кілька)

☐ Соціально-побутову

☐ Медичну

☐ Психологічну

☐ Правову

☐ Культурно-дозвілєву

12. Чи берете Ви участь у культурно-масових заходах?

☐ Регулярно

☐ Іноді

☐ Ніколи

13. Які форми роботи Вам найбільше подобаються?

☐ Індивідуальні бесіди

☐ Групові заняття

☐ Терапевтичні заходи

☐ Творчі гуртки

☐ Святкові заходи

14. Чи враховують працівники Ваші індивідуальні потреби?

☐ Завжди

☐ Частково

☐ Ні

15. Які послуги Ви вважаєте недостатніми?

Блок 4. Професійна діяльність соціального працівника (підпункт 2.4)

16. Як Ви оцінюєте роботу соціального працівника?

☐ Високо

☐ Задовільно

☐ Незадовільно

17. Чи відчуваєте Ви повагу з боку персоналу?

☐ Так

☐ Частково

☐ Ні

18. Чи звертаєтесь Ви до соціального працівника у разі виникнення проблем?

☐ Так

☐ Іноді

☐ Ні

19. Які якості соціального працівника є для Вас найважливішими?

☐ Доброта

☐ Терпіння

☐ Професійність

☐ Уважність

☐ Відповідальність

20. Ваші пропозиції щодо покращення соціальної роботи в закладі:

шкала Лайкерта (1–5 балів) для оцінювання:

рівня задоволеності умовами проживання;

рівня соціальної підтримки;

Додаток 2.

АНКЕТА

для соціальних працівників стаціонарних закладів соціального обслуговування (з метою дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку)

Анкета є анонімною. Отримані дані використовуються виключно в узагальненому вигляді для наукового дослідження.

I. Загальна інформація

1. Ваша стать:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

2. Ваш вік:

☐ До 30 років

☐ 31–40 років

☐ 41–50 років

☐ 51–60 років

☐ Понад 60 років

3. Освіта:

☐ Середня спеціальна

☐ Бакалавр

☐ Магістр

☐ Інше _____

4. Стаж роботи у соціальній сфері:

☐ До 3 років

☐ 3–5 років

☐ 6–10 років

☐ Понад 10 років

5. Стаж роботи у стаціонарному закладі:

- ☐ До 1 року
- ☐ 1–3 роки
- ☐ 4–7 років
- ☐ Понад 7 років

II. Особливості роботи з самотніми людьми похилого віку

6. Які основні проблеми самотніх людей похилого віку Ви спостерігаєте?
(можна обрати кілька варіантів)

- ☐ Соціальна ізоляція
- ☐ Депресивні стани
- ☐ Тривожність
- ☐ Погіршення фізичного здоров'я
- ☐ Конфліктність
- ☐ Втрата життєвих орієнтирів
- ☐ Інше _____

7. Як Ви оцінюєте рівень адаптації підопічних до умов стаціонару?

- ☐ Високий
- ☐ Середній
- ☐ Низький

8. Найскладніший період адаптації триває:

- ☐ До 1 місяця
- ☐ 1–3 місяці
- ☐ 3–6 місяців
- ☐ Понад 6 місяців

9. Які фактори найбільше впливають на успішність адаптації?

- ☐ Психологічна підтримка
- ☐ Якість міжособистісних стосунків

- ☐ Організація дозвілля
- ☐ Стан здоров'я
- ☐ Професійність персоналу
- ☐ Інше _____

III. Напрями, форми та методи соціальної роботи

10. Які напрями соціальної роботи є пріоритетними у Вашій діяльності?

- ☐ Соціально-побутовий
- ☐ Психологічний
- ☐ Реабілітаційний
- ☐ Культурно-дозвілєвий
- ☐ Правовий

11. Які форми роботи Ви застосовуєте найчастіше?

- ☐ Індивідуальні консультації
- ☐ Соціально-психологічні бесіди
- ☐ Групові заняття
- ☐ Тренінги
- ☐ Арт-терапія
- ☐ Соціально-культурні заходи

12. Чи розробляються індивідуальні плани соціальної роботи?

- ☐ Так, для кожного підопічного
- ☐ Частково
- ☐ Ні

13. Оцініть ефективність форм роботи (за 5-бальною шкалою):

Форми роботи	1	2	3	4	5
Індивідуальна					
Групова					
Дозвілєва					
Реабілітаційна					

(1 — неефективна, 5 — дуже ефективна)

IV. Професійна діяльність та труднощі

14. З якими труднощами Ви стикаєтесь у роботі?

- ☐ Емоційне вигорання
- ☐ Недостатнє фінансування
- ☐ Перевантаженість
- ☐ Брак ресурсів
- ☐ Конфлікти з підопічними
- ☐ Інше _____

15. Чи проходите Ви підвищення кваліфікації?

- ☐ Регулярно
- ☐ Іноді
- ☐ Ні

16. Чи відчуваєте Ви професійне вигорання?

- ☐ Так
- ☐ Частково
- ☐ Ні

17. Що, на Вашу думку, необхідно для підвищення ефективності соціальної роботи?

V. Оціночна шкала (для статистичної обробки)

Оцініть за шкалою від 1 до 5 (1 — повністю не згоден, 5 — повністю згоден):

18. Самотні люди похилого віку потребують посиленої психологічної підтримки.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

19. Індивідуальний підхід є ключовим у роботі зі самотніми підопічними.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

20. У закладі створені належні умови для соціальної адаптації підопічних.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

21. Матеріально-технічна база дозволяє повноцінно здійснювати соціальну роботу.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

22. Рівень міжвідомчої взаємодії є достатнім.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Для методичного розділу можна зазначити:

Тип анкети: комбінована (закриті, напівзакриті, відкриті питання).

Шкала вимірювання: номінальна, порядкова, шкала Лайкерта.

Можливість розрахунку середнього балу задоволеності, коефіцієнтів частоти відповідей, визначення рівня професійного вигорання (низький, середній, високий).

ІНТЕРВ'Ю-ГАЙД

для адміністрації стаціонарного закладу соціального обслуговування
(з метою дослідження особливостей соціальної роботи з самотніми людьми похилого віку)

Категорія респондентів: завідувач відділення, керівник соціальної служби, дієт сестра, молодша медична сестра по догляду за хворими

Тип інтерв'ю: напівструктуроване.

Тривалість: 30–45 хвилин.

Форма проведення: індивідуальна бесіда.

I. Загальна характеристика закладу

1. Які основні напрями діяльності Вашого закладу?
2. Яка кількість підопічних перебуває на обслуговуванні?
3. Яку частку складають самотні люди похилого віку?
4. Які особливості функціонування закладу стаціонарного типу Ви могли б виділити?

II. Соціально-психологічні особливості підопічних

5. Які основні соціально-психологічні проблеми характерні для самотніх людей похилого віку?
6. Які труднощі виникають у них під час адаптації до умов стаціонару?
7. Скільки, на Вашу думку, триває період адаптації?
8. Які чинники сприяють або перешкоджають успішній адаптації?

III. Організація соціальної роботи

9. Які напрями соціальної роботи є пріоритетними у Вашому закладі?
10. Чи розробляються індивідуальні плани соціального супроводу?
11. Які форми роботи з самотніми людьми похилого віку застосовуються найчастіше?
12. Які інноваційні методи або технології соціальної роботи впроваджуються?
13. Чи здійснюється міжвідомча взаємодія (з медичними, громадськими, благодійними організаціями)?

IV. Кадрове забезпечення та професійна діяльність

14. Які вимоги висуваються до соціальних працівників закладу?

15. Чи організовується підвищення кваліфікації персоналу?
16. Які труднощі у професійній діяльності соціальних працівників Ви вважаєте найбільш актуальними?
17. Чи існує система профілактики професійного вигорання?

V. Ресурсне забезпечення та проблеми

18. Чи достатнім є фінансове та матеріально-технічне забезпечення закладу?
19. Які проблеми найбільше впливають на якість соціальної роботи?
20. Які напрями вдосконалення діяльності закладу Ви вважаєте пріоритетними?

VI. Перспективи розвитку

21. Які зміни у сфері соціальної роботи з людьми похилого віку Ви прогнозуєте в найближчі роки?
22. Які управлінські рішення могли б підвищити ефективність роботи із самотніми підопічними?
23. Ваші рекомендації щодо удосконалення соціальної роботи в умовах стаціонару.

Методичні рекомендації до проведення інтерв'ю

Дотримання принципів добровільності та конфіденційності.

Використання аудіозапису (за згодою респондента).

Подальший якісний аналіз відповідей (контент-аналіз, виділення смислових категорій).

Узагальнення управлінських, організаційних та ресурсних аспектів

Таблиця для контент-аналізу інтерв'ю з адміністрацією стаціонарного закладу

Загальна схема контент-аналізу

№	Питання інтерв'ю	Смислова одиниця	Категорія аналізу	Підкатего- рія	Ча- ст- от- а зга- ду- ва- нь	Інтерпритація
1	Яка основна мета діяльності відділення	Забезпечення цілодобового догляду . Соціально-побутова підтримка	Організація діяльності. Соціальні послуги	Основна функція . Побутове обслуговування	4 3	Заклад орієнтований на базові потреби осіб похилого віку. Значна увага умовам проживання.
2	Які категорії осіб перебувають у відділенні?	Особи похилого віку . Особи з інвалідністю.	Контингент Контингент	Вікова категорія. Стан здоров'я	5 3	Переважають 70+ Є проблема в медичному супроводі.
3	Які основні проблеми функціонування ?	Недостатнє фінансування. Кадрове навантаження	Ресурсне забезпечення. Кадрове забезпечення	Фінансові труднощі Нестача персоналу	4 3	Фінансування покриває лише базові потреби 6 працівників на 23 особи – високе навантаження
4	Які послуги	Медичний	Соціально-	Контроль	5	Медсестра

	надаються підопічним?	нагляд. Організація харчування	медичні послуги Соціально- побутові послуги.	стану здоров'я . Дієтичне меню.	4	виконує ключову роль Дієтсестра формує раціон з урахуванням віку.
	Прання та гігієна	Побутове обслуговуван ня	Санітарно гігієнічні заходи		3	Забезпечується базовий рівень гігієни
5	Які перспективи розвитку?	Розвиток закладу Покращення матеріально- технічної бази.	Оснащенн я Орієнтація на співпрацю з громадою	Пошук ресурсів	3	Потреба в оновленні меблів та медобладнання Залучення додаткового фінансування

Таблиця 1

Узагальнююча таблиця категорій контент-аналізу

Таблиця 2

Система категорій та частота згадувань

Категорія аналізу	Підкатегорії	Загальна кількість згадувань
Організація діяльності	Основна функція	4
Контингент	Вікова категорія, стан здоров'я	8
Ресурсне забезпечення	Фінанси, кадри	7
Соціальні послуги	Медичні, побутові	12
Розвиток закладу	Оснащення, фінансування	5

Найчастіше в інтерв'ю згадувалися питання соціальних та медичних послуг (12 згадувань), що свідчить про практичну спрямованість діяльності відділення та орієнтацію на забезпечення базових потреб підопічних.

Додаткова аналітична таблиця

Таблиця 3

Розподіл функціональних обов'язків персоналу

Посада	Основні функції	Рівень навантаження	Коментар
Завідувач відділення	Організація роботи, документація, взаємодія з громадою	Високий	Поєднання управлінських і господарських функцій
Медична сестра	Контроль стану здоров'я, прийом ліків	Високий	23 особи під постійним наглядом
Дієтична сестра	Складання меню, контроль	Середній	Раціон адаптований до

	харчування		вікових потреб
Молодша медсестра	Допомога в догляді	Високий	Основне фізичне навантаження
Праля	Прання білизни	Середній	Постійний цикл роботи
Ванниця	Санітарно-гігієнічні процедури	Середній	Важлива для маломобільних осіб

Короткий приклад інтерпретації для тексту дипломної роботи

За результатами контент-аналізу інтерв'ю з адміністрацією стаціонарного відділення встановлено, що діяльність закладу зосереджена насамперед на забезпеченні базових соціально-побутових та медичних потреб підопічних. Найбільш проблемними аспектами визначено кадрове навантаження та обмежені фінансові ресурси. Разом із тим адміністрація демонструє орієнтацію на розвиток закладу через покращення матеріально-технічної бази та залучення додаткових ресурсів громади

Таблиця 4

Порівняльний аналіз проблем функціонування стаціонарного відділення та шляхів їх вирішення

№	Виявлена проблема	Прояв проблеми у діяльності відділення	Можливі шляхи вирішення	Очікуваний результат
1	Обмежене фінансування	Недостатнє оновлення меблів, медичного обладнання, постільної білизни	Залучення додаткових коштів з місцевого бюджету;	Покращення матеріально-технічної бази; підвищення

			участь у грантових програмах; співпраця з благодійними фондами	якості умов проживання
2	Високе кадрове навантаження (6 працівників на 23 особи)	Перевантаження медичної сестри та молодшої медсестри; ризик професійного вигорання	Введення додаткової ставки молодшої медсестри; залучення волонтерів; оптимізація графіків роботи	Зменшення навантаження; підвищення якості догляду
3	Обмежені можливості медичного супроводу	Відсутність лікаря в штаті; необхідність виклику сімейного лікаря	Укладання договорів із закладами первинної медицини; періодичні виїзні огляди лікаря	Своєчасна діагностика та профілактика захворювань
4	Недостатня соціальна активність підопічних	Обмежене дозвілля; ризик соціальної ізоляції	Організація культурно-дозвіллевих заходів; співпраця зі школами, громадськими	Підвищення емоційного стану та соціальної інтеграції

			організаціями, релігійними громадами	
5	Психоемоційне виснаження персоналу	Ознаки професійного вигорання	Проведення тренінгів, супервізій; моральне стимулювання працівників	Підвищення мотивації та стабільності кадрового складу
6	Потреба в оновленні харчоблоку	Застаріле обладнання Поступова модернізація обладнання; участь у програмах енергоефективності	Покращення якості харчування; економія ресурсів 	
7	Обмежена матеріально- побутова інфраструктура	Недостатня кількість функціональних ліжок, поручнів	Оснащення приміщень засобами безбар'єрності	Підвищення рівня безпеки та комфорту

Короткий аналітичний висновок для дипломної роботи

Порівняльний аналіз проблем та шляхів їх вирішення засвідчує, що основні труднощі функціонування стаціонарного відділення мають ресурсний та кадровий характер. Водночас більшість із них можуть бути частково або повністю подолані за умови активізації співпраці з територіальною громадою, оптимізації кадрової політики та залучення додаткових фінансових ресурсів. Реалізація запропонованих заходів сприятиме підвищенню якості соціальних

2. Система категорій для аналізу

Блок 1. Організаційні аспекти діяльності

Категорія	Підкатегорії	Коди
Організація роботи	індивідуальні плани	OR-1
	міжвідомча взаємодія	OR-2
	кадрове забезпечення	OR-3
	управлінські рішення	OR-4

Блок 2. Соціально-психологічні особливості підопічних

Категорія	Підкатегорії	Коди
Адаптація	тривалість адаптації	AD-1
	труднощі адаптації	AD-2
	фактори успішності	AD-3
Соціальна ізоляція	самотність	SI-1
	депресивні прояви	SI-2
	конфліктність	SI-3

Блок 3. Професійна діяльність персоналу

Категорія	Підкатегорії	Коди
Професійні труднощі	емоційне вигорання	PD-1
	перевантаженість	PD-2
	недостатність ресурсів	PD-3
Професійний розвиток	підвищення кваліфікації	PD-4
	інноваційні методи	PD-5

Блок 4. Ресурсне забезпечення

Категорія	Підкатегорії	Коди
Матеріально-технічна база	обладнання	RB-1
	фінансування	RB-2
	кадрові ресурси	RB-3

ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішення Яготинської
міської ради
23 грудня 2021 р. № 3078-23-
VIII

**Положення
Яготинського міського територіального центру
соціального обслуговування
(надання соціальних
послуг) зі змінами в новій
редакції**

2021 рік

Зміст

I. Загальні положення

II. Основні завдання

III. Структурні підрозділи

IV. Види діяльності та право на отримання соціальних послуг

V. Директор територіального центру

VI. Взаємовідносини (зв'язки) з іншими установами та організаціями

VII. Відповідальність

VIII. Ліквідація і реорганізація територіального центру

I. Загальні положення

1. Яготинський міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (далі - територіальний центр) є комунальною установою, рішення щодо утворення, ліквідації або реорганізації якої приймає Яготинська міська рада.
2. Засновником територіального центру є Яготинська міська рада (код ЄДРПОУ: 05408823).
3. Повна назва юридичної особи - Яготинський міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг).
4. Скорочена назва юридичної особи — Яготинський міський територіальний центр.
5. Територіальний центр утворений для надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування. Діяльність територіального центру повинна відповідати критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги.
6. Територіальний центр у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, актами Кабінету Міністрів України, наказами Мінсоцполітики, Законом України «Про соціальні послуги», рішеннями Яготинської міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, а також Положенням Яготинського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) зі змінами в новій редакції (далі - Положення про територіальний центр)
7. Територіальний центр провадить свою діяльність на принципах адресності та індивідуального підходу, доступності та відкритості, добровільного вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг, гуманності, комплексності, максимальної ефективності використання бюджетних коштів, законності, соціальної справедливості, забезпечення конфіденційності, дотримання державних стандартів соціальних послуг, етичних норм і правил.
8. Територіальний центр утворено за наявності необхідної матеріально-технічної бази, зокрема приміщень, що відповідають будівельним, технічним, санітарно-гігієнічним нормам, вимогам пожежної безпеки та іншим нормам відповідно до законодавства.
9. Положення про територіальний центр затверджується в установленому порядку рішенням сесії Яготинської міської ради.
10. Методичне забезпечення діяльності територіального центру здійснює Мінсоцполітики, координацію та контроль за забезпеченням його діяльності - в установленому порядку Департамент соціального захисту населення Київської обласної державної адміністрації.

4

продовження додатка 1

Відділ з питань праці соціального захисту населення відповідно до Закону

України « Про соціальні послуги», Постанови КМУ від 01 червня 2020 року № 587 « Порядку організації надання соціальних послуг» здійснює прийом документів та відомостей з державних електронних інформаційних ресурсів. Приймає рішення про надання соціальних послуг.

Для забезпечення реалізації соціальної політики щодо надання соціальних послуг територіальний центр взаємодіє з виконавчими органами, структурними підрозділами Яготинської міської ради, центром надання адміністративних послуг, старостами старостинських округів Яготинської міської ради, підприємствами, установами, організаціями всіх форм власності.

11. Структура та загальна чисельність, кошторис територіального центру затверджує Яготинська міська рада.

12. Територіальний центр являється одержувачем бюджетних коштів та утримується за рахунок коштів місцевого бюджету Яготинської міської ради, інших надходжень, у тому числі від діяльності його структурних підрозділів, від надання платних соціальних послуг, а також благодійних коштів, як розпорядник нижчого рівня. Головним розпорядником бюджетних коштів за видатками, що визначені рішенням про місцевий бюджет на фінансування установ і закладів, програм і заходів є відділ з питань праці соціального захисту населення Яготинської міської ради.

13. Умови оплати праці працівників територіального центру та штатна чисельність визначаються відповідно до законодавства з питань оплати праці, норм часу, чисельності та типового штатного нормативу чисельності працівників територіального центру, що затверджуються наказами Мінсоцполітики та з врахуванням рішень Яготинської міської ради

14. Територіальний центр є юридичною особою, має самостійний баланс, рахунки в установах банку, територіальних органах Казначейства, печатку із своїм найменуванням, штампи та бланки.

15. Юридична адреса територіального центру: 07700 Київська обл., Бориспільський р-н, м. Яготин, вулиця Незалежності, будинок 112.

II. Основні завдання

Основними завданнями територіального центру є :

виявлення громадян, зазначених у пункті 1.2. цього положення, формування електронної бази даних таких громадян, визначення (оцінювання) їх індивідуальних потреб у наданні соціальних послуг;

забезпечення якісного надання соціальних послуг;

установлення зв'язків з підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності, фізичними особами, родичами громадян, яких обслуговує територіальний центр з метою сприяння в наданні соціальних послуг громадянам, зазначеним у пункті 4.2. цього положення.

III. Структурні підрозділи

В територіальному центрі створені та діють такі структурні підрозділи: відділення стаціонарного догляду для постійного або тимчасового проживання - будинок «Доглянута старість» в с. Капустинці; відділення стаціонарного догляду для постійного або тимчасового проживання в с. Черняхівка; відділення соціальної допомоги вдома; відділення організації надання адресної натуральної та грошової допомоги.

IV". Вили діяльності та право на отримання соціальних послуг

Види діяльності територіального центру: надання соціальних послуг без забезпечення проживання для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю; надання соціальних послуг з догляду з забезпеченням проживання для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю у стаціонарних відділеннях.

На надання соціальних послуг в територіальному центрі мають право: громадяни похилого віку, особи з інвалідністю, хворі (з числа осіб похилого віку на період до встановлення їм групи інвалідності, але не більше 6 місяців), які не здатні до самообслуговування і потребують постійної соціальної допомоги, визнані такими в порядку, затвердженому МОЗ;

громадяни, які перебувають у складній життєвій ситуації у зв'язку з безробіттям і не реєстровані в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботи; потерпілими від стихійного лиха, катастрофою (і мають на своєму утриманні членів сім'ї, дітей-інвалідів, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю), чий щомісячний сукупний дохід їх сімей нижчий ніж прожитковий мінімум для населення.

V.

Директор територіального центру

1. Територіальний центр очолює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади міським головою.

2. Посаду директора територіального центру може займати особа, яка має вищу освіту (магістр, спеціаліст) відповідного напрямку підготовки і стаж роботи на керівній посаді не менш як п'ять років.

3. Директор територіального центру:

1) організовує роботу територіального центру, несе персональну відповідальність за виконання покладених на центр завдань, забезпечує проведення моніторингу та оцінку якості соціальних послуг, визначає ступінь відповідальності працівників;

2) затверджує посадові обов'язки заступника директора і керівників структурних підрозділів та інших працівників територіального центру.

- 6 продовження додатка 1
- 3) координує діяльність структурних підрозділів територіального центру;
- 4) подає Яготинській міській раді пропозиції щодо штатного розпису, кошторису витрат центру;
- 5) укладає договори, діє від імені територіального центру і представляє його інтереси;
- 6) розпоряджається коштами територіального центру в межах затвердженого кошторису витрат та відповідно до їх цільового призначення, в тому числі на оплату:
- проведення щорічного профілактичного медичного огляду соціальних працівників та соціальних робітників територіального центру, які безпосередньо надають соціальні послуги;
- придбання для соціальних працівників та соціальних робітників спецодягу, взуття, велосипедів, проїзних квитків (або грошової компенсації за їх придбання);
- підвищення кваліфікації осіб, які надають соціальні послуги.
- 7) призначає в установленому порядку на посаду і звільняє з посади працівників територіального центру.
- 8) видає у межах своєї компетенції накази (в тому числі щодо здійснення (припинення) обслуговування громадян), організовує і контролює їх виконання;
- 9) розробляє і подає в установленому порядку на затвердження Яготинській міській раді проект положення про територіальний центр.

VI. Взаємовідносини (зв'язки) з іншими установами та організаціями

1. Для надання соціальних послуг територіальний центр має право залучати на договірних засадах інші підприємства, установи, організації та фізичних осіб, зокрема волонтерів.

2. Територіальний центр має право в установленому порядку отримувати гуманітарну та благодійну допомогу, в тому числі із-за кордону, яка використовується для надання допомоги громадянам, зазначеним у пункті 1.2 цього Положення та поліпшення матеріально-технічної бази територіального центру.

VII. Відповідальність

1. Персональну відповідальність за роботу територіального центру, належне виконання покладених на нього завдань та функцій несе директор територіального центру.

2. Перевірка роботи та контроль за організацією діяльності, пов'язаної із наданням соціальних послуг структурних підрозділів територіального центру, ревізія фінансово-господарської діяльності центру проводяться відповідно до законодавства України.

VIII. Ліквідація і реорганізація територіального центру

1. Ліквідація і реорганізація (злиття, приєднання, поділ, перетворення) територіального центру проводиться за рішенням міської ради або за рішенням суду в межах чинного законодавства України.

2. У разі припинення територіального центру шляхом ліквідації, злиття,

поділу, приєднання чи перетворення, його активи передаються одній чи кільком неприбутковим організаціям відповідної галузі або зараховуються до місцевого бюджету.

Міський голова