

**Науковий
пошук
молодих
дослідників**

**Збірник
наукових
праць
студентів**

№ 6

2014

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
„ЛУГАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА”**

СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

**НАУКОВИЙ ПОШУК МОЛОДИХ
ДОСЛІДНИКІВ**

Соціально-гуманітарні науки

Збірник наукових праць студентів

№ 6 (червень), 2014

**Луганськ
ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”
2014**

У збірнику представлено матеріали наукових досліджень студентів та магістрантів зі спеціальності „Соціальна робота”.

Рекомендовано до друку Вченою радою
Луганського національного університету
імені Тараса Шевченка
(протокол № 8 від 28 березня 2014 року)

Редакційна колегія:

Головний редактор:	проф. Ваховський Л. Ц.
Члени редколегії:	доц. Песоцька О. П. доц. Гаміна Т. С. доц. Маркова Н. В.

Оригінал-макет:	Ігнатенко К. В.
Відповідальний за випуск:	Ігнатенко К. В.

Видавництво Державного закладу
„Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка”:
вул. Оборонна, 2, м. Луганськ, 91011. Тел./факс: (0642) 58-03-20
e-mail@luguniv.edu.ua

© ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2014

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

1.	Апостолова В. А. Синдром емоційного вигорання спеціалістів соціальної роботи працюючих в сфері охорони здоров'я.....	6
2.	Воблікова Ю. С. Етикет в практичній діяльності соціального працівника.....	9
3.	Гусєв О. М. Історичний аналіз розвитку профілактики ВІЛ/СНІД в Україні.....	15
4.	Об'єдкова О. О. Формування здорового способу життя молоді: історико-педагогічний аспект.....	24
5.	Скоробогатов С. О. Теоретичні засади формування іміджу майбутнього соціального працівника.....	32
6.	Фролова А. М. Визначення поняття інформація та інформаційне забезпечення в соціальній роботі.....	39
7.	Хвостова К. Л. Складові професійної готовності майбутніх соціальних працівників до формування здорового способу життя молоді.....	45

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ КЛІЄНТІВ

8.	Безкоровайна О. Г. Діяльність державних соціальних служб з жінками, які постраждали від насильства в сім'ї.....	52
9.	Божко К. О. Соціальна робота з людьми із залежністю від психоактивних речовин.....	61
10.	Ветрова Ю. В. Класифікація дітей з обмеженими можливостями.....	65
11.	Кравцов А. М. Особливості реалізації соціальної роботи в установах виконання покарань із засудженими до довічного позбавлення волі.....	72
12.	Літвінова С. І. Комплексна програма соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу.....	76
13.	Пугачева А. С. Система соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства.....	86

СІМ'Я ЯК ПРОБЛЕМНЕ ПОЛЕ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

14.	Гришанова О. О. Дисфункціональна сім'я як чинник девіантної поведінки школярів.....	94
15.	Єфремова К. І. Готовність до сімейного життя як проблема сучасної молоді.....	101
16.	Заливацька К. С. Сутність та особливості соціальної роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з вирішення проблеми юного материнства.....	107
17.	Лазуренко І. А. Особливості соціального супроводу прийомних сімей.....	115

18.	Ляшенко М. Ю. Особливості соціальної роботи з неповнолітніми матерями.....	120
19.	Тютюнник О. О. Характерні особливості подружньої адаптації молодій сім'ї.....	124
20.	Черепня В. Л. Проблеми неповної сім'ї на сучасному етапі.....	130
21.	Шайхутдінова Е. С. Студентська сім'я як соціальний інститут суспільства.....	135

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

22.	Гіренко Т. О. Дитячий алкоголізм як соціальна проблема.....	141
23.	Зайцева К. Ю. Система соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та підлітками.....	148
24.	Майба А. А. Підлітковий алкоголізм та деякі аспекти його профілактики.....	152
25.	Мілашова А. М. Адиктивна поведінка неповнолітніх як соціальна проблема.....	158
26.	Могильний Д. А. Психологічні особливості неповнолітніх правопорушників у контексті діяльності соціального працівника.....	166
27.	Обухова О. С. Соціальні проблеми підліткового віку.....	174
28.	Романік Є. В. Наркоманія як соціальна проблема.....	180
29.	Федулова А. О. Характеристика проявів агресивної поведінки у підлітковому середовищі.....	190

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ-СИРОТАМИ

30.	Акіншева А. В. Соціально-правовий захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування через утримання в державних закладах інтернатного типу.....	197
31.	Глушко Р. В. Сімейні форми влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, як пріоритетний напрям державної політики в Україні.....	204
32.	Сьомкіна Я. С. Визначення поняття дітей – сиріт у науковій літературі.....	211

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

33.	Алексєнцева Ю. К. Технології соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я.....	219
34.	Віговська І. І. Тренінг як метод активного соціально-психологічного навчання.....	225
35.	Воротилко Г. С. Технології соціальної роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді.....	231
36.	Лаврова М. О. Соціальна профілактична робота з попередження торгівлі людьми у молодіжному середовищі.....	234

37.	Осмоловська Ю. Л. Технології профілактики інтрнет-залежності підлітків.....	243
38.	Савченко А. С. Використання технологій соціальної профілактики з інтернет-залежності.....	249
39.	Тараненко А. О. Система соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми в сім'ї в діяльності соціальних служб України.....	254
	Відомості про авторів.....	266

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК [364.43:316.613.4]:613/614

В. А. Апостолова

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СПЕЦІАЛІСТІВ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ПРАЦЮЮЧИХ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Фахівці, які працюють у сфері „людина-людина” рано чи пізно відчувають на собі прояв „синдрому емоційного вигорання”. Вони потрапляють у так звану „групу ризику”, адже в силу своєї професії змушені багато й інтенсивно спілкуватися з іншими людьми [1, с. 322].

Синдром „емоційного вигорання” все ще належить до маловивчених феноменів особистісної деформації та являє собою набір негативних психологічних переживань, пов'язаних із тривалими й інтенсивними міжособистісними взаємодіями з високою емоційною насиченістю, а отже, можна сказати, що ключову роль у виникненні синдрому „вигорання” відіграють емоційно ускладнені або напружені стосунки в системі „людина-людина”. Як наслідок, зростає психічне, емоційне напруження, яке пов'язане зі стресом на робочому місці. Виявляються тривога, депресія, психосоматичні розлади, залежності від психоактивних речовин (включаючи алкоголь, наркотики) [2, с. 55]. На нашу думку, емоційне вигорання є надбаним стереотипом емоційної, а частіше професійної поведінки і має свої симптоми.

Дослідженням симптомів емоційного вигорання займалось багато зарубіжних та вітчизняних дослідників, зокрема серед них можна виділити: Б. Пелман та Є. Хартман, К. Маслач, С. Джексон, В. В. Бойко, Н. Є. Водоп'янова, О. С. Старченкова, А. К. Маркова, Н. В. Гришина, В. Е. Орел, Т. Н. Ронгинская та інші.

Проблемою попередження та профілактики емоційного вигорання займалися такі науковці як: В. В. Бойко, Т. В. Зайчикова, Л. М. Карамушка, А. В. Фірсова, А. М. Павлова, К. П. Лаврова, А. А. Левин.

Метою нашого дослідження є вивчення літератури за темою „Синдром емоційного вигорання спеціалістів соціальної роботи працюючих в системі охорони здоров'я” та визначення основних проблем, пов'язаних з цим синдромом у представників різних професій.

Синдром емоційного вигорання – так називається серйозна недуга, яка відносно недавно поповнила Міжнародний класифікатор психічних хвороб. Вона загрожує представникам усіх професій, однак чи не найбільш потерпають від неї вчителі, медичні та соціальні працівники [3, с. 87].

Результати досліджень вітчизняних науковців в професіях системи „людина-людина” свідчать, що ознаки синдрому вигорання мають:

- 80% лікарів;
- 65 % педагогів;
- 85% соціальних працівників [4, с. 15].

Специфіка роботи людей даних професій відрізняється тим, що в них присутня велика кількість ситуацій з високою емоційною насиченістю і необхідністю міжособистісного спілкування. Це вимагає від фахівців значного внеску до встановлення довірливих відносин і уміння управляти емоційною напруженістю ділового спілкування [5, с. 113].

В наш час емоційне вигорання особливо поширене у фахівців соціальної роботи.

Розглянемо, наприклад, діяльність соціальних працівників у хоспісі.

Саме поняття „хоспіс” не пов’язане зі смертю, воно має латинське походження і означає „будинок мандрівників”. На сьогодні хоспіс – це установа, в якій хворі з прогнозованим несприятливим результатом захворювання отримують гідний догляд. Пацієнти хоспісів оточені звичайними „домашніми речами”, до них відкритий доступ родичам і друзям [6].

Саме фахівці соціальної роботи у співпраці з лікарями, психологами здатні успішно вирішувати поставлені перед ними завдання: надавати допомогу і досягати ефективного взаєморозуміння з урахуванням психологічних і духовних потреб важкохворих та помираючих пацієнтів, а також психологічних потреб сім’ї та інших осіб, що грають важливу роль в житті хворого.

Важливими характеристиками соціального працівника є гуманістичне, позитивне ставлення, висока позитивна самооцінка, легкість вираження емоцій, емоційна відкритість і теплота, емоційна стійкість, відсутність тривожності як особистісної риси, неагресивна поведінка в конфліктних ситуаціях, високий ступінь особистісної соціальної відповідальності.

Особистість соціального працівника в аспекті професійної діяльності розглядається як один із серйозних факторів досягнення успіху у вирішенні питань організації, управління та впровадження спектру соціальних послуг „приреченим” хворим і їх найближчого оточення в системі паліативної медицини та догляду [7].

В результаті того, що соціальний працівник хоспісу повинен надавати хворим допомогу, з урахуванням їх становища, може виникнути професійний стрес, а згодом і емоційне вигорання.

Професійний стрес – це багатовимірний феномен, що виражається у фізіологічних і психологічних реакціях на складну робочу ситуацію. Розвиток цих реакцій можливий навіть у прогресивних та

добре керованих хоспісах, що обумовлено не тільки структурно-організаційними особливостями, а й характером роботи, особистісними відносинами співробітників, їх взаємодією [8, с. 41].

Якщо соціальний працівник протягом тривалого часу займається професійною діяльністю в системі хоспісу, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності, не може їй повністю віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад набуває характер депресії. Емоційне вигорання – це вид депресії через поступову втрату життєвих цінностей [9, с.53].

На наш погляд, у процесі емоційного вигорання соціальних працівників, що взаємодіють з невиліковно хворими, є дві дуже важливі індивідуально-психологічні особливості – це емоційна спрямованість особистості та наявність сенсу в своїй професійній діяльності й особистому житті. Низька заробітна плата за висококваліфіковану працю також обумовлює високий рівень емоційного вигорання серед працівників соціальної сфери.

Отже, професія соціального працівника вимагає від людини великої самовідданості, дотримання етичних принципів і особистісного росту. Без цих складових професії працівник дуже швидко емоційно вигорає і втрачає професійну придатність. Адекватне відношення до роботи і відведення їй належного місця у житті – найкраща профілактика професійного емоційного вигорання.

Список використаної літератури

- 1. Водопьянова Н. Е.** Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова – СПб. : Питер, 2005. – 336 с.
- 2. Орел В. Е.** Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии: Проблемы общей и организационной психологии / В. Е. Орел. – Ярославль, 2006. – 254 с.
- 3. Бойко В. В.** Энергия эмоций / В. В. Бойко. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Питер, 2004. – 474 с.
- 4. Юрьева Л. Н.** Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. – К. : Издательство «Сфера», 2004. – 271 с.
- 5. Наенко Н. И.** Психическая напряженность / Н. И. Наенко. – М., 1976. – 112 с.
- 6. Місту потрібен хоспіс** – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.hospis.se-ua.net.
- 7. Паллиативная / хосписная помощь** – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.pallcare.ru/ru/.
- 8. Бондарчук Л. В.** Профілактика синдрому вигорання в персоналу служби зайнятості: пошуки, проблеми, перспективи / Бондарчук Л. В. // Ринок праці та зайнятість населення. – 2006. – № 2. – С. 41.
- 9. Методичні рекомендації „Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери”** / [за заг. ред. канд. мед. наук М. Л. Авраменка]. – Луганськ : Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2008. – 53 с.

Апостолова В. А. Синдром емоційного вигорання спеціалістів соціальної роботи працюючих в сфері охорони здоров'я

У статті розглянуто синдром емоційного вигорання фахівців сфери "людина-людина", фактори його виникнення та симптоми. Висвітлено причини появи синдрому у спеціалістів соціальної роботи працюючих в системі хоспісу.

Ключові слова: емоційне вигорання, симптоми емоційного вигорання, емоційна напруженість, хоспіс, соціальна робота в хоспісі, професійний стрес.

Апостолова В. А. Синдром емоціонального вигорання спеціалістів соціальної роботи працюючих в сфері здравоохранения

В статье рассмотрен синдром эмоционального выгорания специалистов сферы "человек-человек", факторы его возникновения и симптомы. Описаны причины появления синдрома у специалистов социальной работы работающих в системе хосписа.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, симптомы эмоционального выгорания, эмоциональная напряженность, хоспис, социальная работа в хосписе, профессиональный стресс.

Apostolova V. Emotional burnout syndrome professionals social workers working in the field of health

The article deals with the emotional burnout syndrome specialists in „human-human”, the factors for its occurrence and symptoms. Deals with the causes of the syndrome in social work professionals working in the hospice system.

Key words: emotional burnout, symptoms of emotional burnout, emotional tension, hospice, hospice social work, professional stress.

УДК 37.091.12:26-051:77

Ю. С. Воблікова

ЕТИКЕТ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

Актуальність. Етикет – один з фундаментів будь-якої професійної діяльності. Добре відомо, що етикет – це сукупність правил поведінки, що стосуються зовнішнього прояву ставлення до людей. Етикет в будь-якої практичної діяльності відіграє важливу роль в організації етичних норм навколо людини або групи, при цьому враховує завдання та фундаментальні цінності конкретної професії. Соціальний працівник є офіційною особою, яка виконує покладені на нього обов'язки і представляє свою установу і державу. Від того, наскільки зовнішній

вигляд та поведінка, мова соціального працівника відповідає загальноприйнятим правилам етикету, залежать не тільки довіра до нього та ефективність роботи, а й громадська думка про соціальні служби й соціальну роботу в цілому.

На сьогоднішній день існує спеціальна література про етикет в соціальній роботі. Етикет в соціальній роботі є предметом дослідження таких авторів як: В. Кукушкін, Г. Медведева, М. Конігіна, Н. Шмельова. Етикет, як вид регуляції поведінки людини в суспільстві і в професійній сфері, в тому числі і в соціальній роботі, вивчався В. Южіним, О. Бурмаковою, В. Кузнєцовим.

Таким чином, **мета** нашої статті проаналізувати історичні аспекти, сутність та особливості змісту етикету в практичній діяльності соціального працівника.

Англійю і Францію називають звичайно „класичними країнами етикету”. Однак, батьківщиною етикету назвати їх ніяк не можна. Жорстокість звичаїв, нещастя, поклоніння грубій силі в XV сторіччі панують в цих країнах. Про Німеччину та інші країни Європи того часу можна взагалі не говорити, одна лише Італія в той час становить виняток. Перехід від феодальних звичаїв до змін нового часу в Італії почався раніше ніж в інших країнах. Якщо порівнювати Італію XV сторіччя з іншими народами Європи, то відразу ж видно більш високий рівень грамоти, багатства, здатності прикрашати своє життя. У той час як вся Європа потопала в міжусобицях, а феодальні порядки були ще дійсні, Італія була країною нової культури. Ця країна і має повне право називатися батьківщиною етикету.

Термін „етикет” в сучасному розумінні цього слова вперше був використаний при дворі короля – „сонце” Людовика XVI. При підготовці до прийому послів придворним і запрошеним були піднесені картки (етикетки) з переліком правил поведінки під час проходження церемонії. Саме з того періоду поняття „етикет” поступово увійшов в лексикон і став широко використовуватися для позначення системи регуляції поведінки людини в побуті, на роботі, в суспільстві, на різних офіційних заходах.

Сучасний етикет успадковує звичаї практично всіх народів. В основі своїй ці правила поведінки є загальними, оскільки вони дотримуються представниками не тільки даного суспільства, але і представниками всіляких соціально-політичних систем, що існують у сучасному світі. Народи кожної країни вносять в етикет свої поправки та доповнення, обумовлені суспільним устроєм країни, специфікою її історичної будови, національними традиціями й звичаями.

Розрізняють декілька видів етикету, основними з яких є: **придворний етикет, дипломатичний етикет, військовий етикет, загальногромадянський етикет.** Більшість правил дипломатичного, військового та загальногромадянського етикету тією чи іншою мірою збігаються. Відмінність між ними полягає в тому, що дотриманню

правил етикету дипломатами надається більше значення, оскільки відступ від них чи порушення цих правил може завдати шкоди авторитету країни або її офіційним представникам й привести до ускладнень у взаєминах держав.

Основоположником сучасного етикету є середньовічний етикет, що пройшов важкий та тривалий період розвитку; внаслідок даного процесу, відбулося удосконалення етикету і зміна правил і норм.

На сьогоднішній день головним для соціального працівника є виконання правил и норм зазначених в кодексі етикету соціальних працівників. Для того щоб будувати свою поведінку відповідно до правил етикету соціальному працівнику, необхідно слідувати етичним **принципам**, які відображають моральні вимоги, що пред'являються до культури відносин. Виділяють декілька принципів етикету. Один з них **принцип гуманізму**, який вимагає поваги до людини, дотримання честі особистості, доброзичливого ставлення. Він втілюється в таких вимогах до поведінки, як ввічливість, тактовність, скромність, чуйність, уважність і точність.

Наступний принцип сучасного етикету **принцип доцільності дій**. Основні правила цього принципу містять в тій чи іншій формі вимоги не доставляти своїми діями незручностей оточуючим і самому собі. Етикет не вимагає жорсткої однозначності дій, він не догматичний, оскільки життя складніше за будь-яку збірку правил або кодексу. Тому сучасний етикет вимагає не заучування норм, а творчого використання їх щодо конкретних ситуацій.

Принцип естетичної привабливості поведінки (краси поведінки) вимагає, щоб форма, тобто поведінка і зовнішній вигляд, людини відповідала змісту, тобто душевним якостям особистості, а значить була естетичною та привабливою. Не можна з'являтися перед людьми недбало й неохайно одягненим, у брудному, нечищеному взутті, з розпатланою зачіскою, оскільки це свідчить про неповагу до клієнта. У розмові слід помірно користуватися такими засобами невербального спілкування, як міміка і пантоміміка, надмірність жестів може виглядати як нещирість, награність, а повна їх відсутність – як скутість чи байдужість. Мова повинна бути розміреною, спокійною, плавною, зрозумілою.

Принцип обрахунку народних звичаїв і традицій важливо враховувати тому, що кожен народ має власну невербальну знакову систему, власні звичаї і традиції, багато з яких шануються нашими сучасниками. Однак, при всій їх схожості в основі – повага до людини, вміння триматися з гідністю. Тому, опинившись серед представників іншої культури, слід вивчати національні традиції і звичаї народу, щоб випадково не потрапити в незручне становище [2, с. 23].

Правила поведінки в різних життєвих ситуаціях різні, проте в цілому вони відповідають наведеним вище принципам етикету. У повсякденній діяльності соціальний працівник повинен керуватися цими

принципами: незнання деяких нюансів поведіння (наприклад, пов'язаних з національними і релігійними звичаями і традиціями) може викликати зневагу до нього [2, с. 26].

Соціальний працівник надає велику кількість різноманітних соціальних послуг, а для того щоб їх виконати професійно, йому необхідно постійно дотримуватися етичних стандартів професії. Розглянемо їх детальніше. Соціальний працівник зобов'язаний зрозуміти кожного окремого клієнта і систему клієнтства, елементи, що впливають на поведінку і пропоновані послуги, дотримуватися і розвивати цінності, знання і методологію професії, утримуючись від поведінки, яка порушує правила професійної діяльності. Визнавати професійні й особистісні обмеження, заохочувати використання відповідних знань і навичок, робити внесок у розвиток політики та програм, спрямованих на поліпшення життя в суспільстві. Соціальному працівнику необхідно визначати й описувати соціальні потреби, природу індивідуальних, групових, общинних, національних і інтернаціональних соціальних проблем, зміст професії соціального працівника [1, с. 58].

Соціальному працівнику доводиться мати справу з представниками різних верств і груп населення. Він може працювати з молоддю та літніми людьми, інтелігентами та особами без певного місця проживання, людьми цілком забезпеченими і тими, хто ледве зводить кінці з кінцями. Всі ці люди одягаються по-різному. Це не означає, що соціальний працівник повинен імітувати свою приналежність до цієї групи клієнтів – він представник своєї професійної групи, і доцільніше дотримуватися стилю, який переважає в ній. Існує поняття „діловий костюм”, яке в даний час стало менш догматичним, ніж раніше. Сьогодні діловий костюм – це зручний, комфортний для роботи одяг стриманого стилю, що не викликає до себе підвищеної уваги оточуючих і не заважає виконувати службові обов'язки. Вимога зручності і функціональності відноситься і до взуття.

Зачіска фахівця може бути різною залежно від його індивідуальних особливостей, але вона не повинна бути екстремальною. Безумовно, вона має бути „до обличчя”. Те ж відноситься і до косметики – ніякої надмірної яскравості, тільки стримані тони. Запах духів – не нав'язливим, а прикраси – не занадто помітними [1, с.45].

Спілкування – найважливіший аспект взаємин соціального працівника з клієнтом. Під час цього процесу він отримує більшу частину інформації, дає клієнтові необхідні йому відомості, заохочує чи сварить його. Немає такої технології в соціальній роботі, яка не була б пов'язана зі спілкуванням. Тому стилю, змісту та якості спілкування слід приділяти особливу увагу.

Тон мови соціального працівника не повинен бути зарозумілим, дратівливим, зневажливим, втомленим, повчаючим, надмірно категоричним. Соціальний працівник може рекомендувати, навчати, але це відноситься до змісту його промови, а не до її тону. Доречно

утримуватися від усього, що порушує ділову і в той же час душевну обстановку. Водночас тон соціального працівника повинен бути впевненим, оскільки інтонації невпевненості, сумнівів, що іноді виникають у промові, можуть викликати почуття розгубленості у клієнта і позбавити його залишків оптимізму.

Мова соціального працівника повинна бути логічна і цілісна. Перескакування з теми на тему, асоціативні відволікання на сторонні теми, недомовленість або, навпаки, багатослівність, ускладнюють сприйняття змісту промови до такої міри, що, попросившись з фахівцем, клієнт може довго гадати, про що йшла мова, і бути не задоволеним спілкуванням [1, с. 101].

Типовими ситуаціями у професійній діяльності соціального працівника є знайомство, повторна зустріч з клієнтом, консультування, повсякденне спілкування (наприклад, в стаціонарі), а також взаємодія з представниками різних органів та установ і приватними особами, що приймають участь у вирішенні проблем клієнта. Соціальний працівник повинен знати й виконувати типові ситуації своєї професійної діяльності за правилами, які допоможуть йому налагодити контакт з клієнтом, саме для цього розглянемо декілька типових ситуацій.

Наприклад, знайомство. Знайомство з клієнтом може статися в стінах установи соціального обслуговування або вдома у клієнта. Незалежно від того, де відбудеться перша зустріч, до неї потрібно підготуватися. У першу чергу слід уявити собі питання, які необхідно задати клієнту, і приблизну схему бесіди – при дотриманні цієї умови зустріч буде більш ефективною, короткою, діловою, всі можливі питання будуть поставлені й вирішені без зайвих витрат часу та сил.

Необхідно ретельно продумати манеру своєї поведінки – вона повинна бути достатньо діловою, але водночас такою, щоб клієнт відчував, що він прийшов туди, де його чекають і де йому нададуть допомогу.

Для запису інформації слід підготувати не аркуші чистого паперу, а блокнот або зошит – клієнт так само, як і соціальний працівник, знає, що аркуші паперу швидко губляться, а інформація, яку вони містять, може бути втрачена. Закінчуючи візит, соціальний працівник повинен домовитися про терміни, умови і місце подальших зустрічей або контактів по телефону [1, с. 110].

Наступна ситуація – це консультування. Це найбільш делікатна форма спілкування з клієнтом. Соціальному працівнику, що проводить консультацію, слід в першу чергу пам'ятати, що клієнт прийшов за порадою, а не за того, щоб отримати характеристику своїх якостей, вад або недоліків. Тому тон бесіди ні в якому разі не повинен бути повчальним, а тим більше викривальним – він повинен бути товариським, навіть якщо є об'єктивні підстави для того, щоб засудити деякі вчинки, слова або рішення клієнта. Перш ніж давати рекомендації, слід додатково поставити клієнтові питання для отримання необхідної

інформації. Потрібно з'ясувати також, чого саме чекає клієнт від консультації.

Етикет соціального працівника містить велику кількість моральних норм і правил, без яких не можливо було проведення роботи з клієнтом. Етичні правила залежать від конкретних обставин. І в першу чергу від того, в яких стосунках спеціаліст перебуває з клієнтом, його близьким оточенням, колегами та іншими людьми.

Таким чином, ми в нашій статті розглянули особливості змісту, сутність та історичні аспекти етикету в практичній діяльності соціального працівника. Проаналізував вище викладене, можна сказати, що етикет в практичній соціальній роботі відіграє важливу роль, особливо в організації етичних норм у діяльності соціального працівника. Наша робота не вичерпала можливості дослідження даної наукової теми. Перспектива подальшого наукового пошуку полягає у вивченні нових методів і технологій, завдяки яким будуть формуватися навички та професійний обов'язок у соціальних працівників.

Список використаної літератури

1. Выгорбина А. Е. Этика внутри коллективных отношений / А. Е. Выгорбина. – М. : Вузовская книга, 1999. – 72 с. **2. Медведева Г. П.** Этика социальной работы : Учебное пособие для студентов высших уч. заведений / Г. П. Медведева. – М. : ВЛАДОС, 2002. – 208 с. **3. Фирсов М. В.** Теория социальной работы : Учебник / М. В. Фирсов, Е. Г. Студёнова. – М. : Юрайт, 2012. – 455 с. **4. Фирсов М. В.** История социальной работы: Учеб. пособ. для вузов / М. В. Фирсов. – М. : Академический Проект, 2004. – 608 с.

Воблікова Ю. С. Етикет в практичній діяльності соціального працівника

Стаття присвячена етикету соціальних працівників. Проаналізовано історичні аспекти, сутність, і особливості змісту етикету соціального працівника. Акцентовано увагу на характеристики типових ситуацій в практичній діяльності соціального працівника, а також розглянуті основні принципи етикету соціального працівника.

Ключові слова: етикет, принципи етикету, історія етикету, зміст етикету, діловий етикет.

Вобликова Ю. С. Этикет в практической деятельности социального работника

Статья посвящена этикету социальных работников. Проанализировано исторические аспекты, сущность, и особенности содержания этикета социального работника. Акцентируется внимание на характеристики типичных ситуаций в практической деятельности социального работника, а также рассмотрены основные принципы этикета социального работника.

Ключевые слова: этикет, принципы этикета, история этикета, содержание этикета, деловой этикет.

Voblikova Yu. Etiquette is in practical activity of social worker

The article is devoted to the etiquette of social workers. The historical aspects, the nature and features of the content of the etiquette of the social worker were analyzed. The attention is focused on the characteristics of the typical situations in the practice of the social worker, as well as the basic principles of etiquette social worker.

Key words: etiquette, principles of etiquette, history of etiquette, content of etiquette, business etiquette.

УДК [364.69:616. 98 : 578. 828 ВІЛ] (091)

О. М. Гусєв

**ІСТОРИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИКИ
ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ**

Сьогодні в Україні намітилася стійка тенденція до збільшення кількості проявів негативної поведінки серед молоді. Молодіжне середовище схильне до змін під дією несприятливих соціокультурних умов. Особливо гостро стоїть питання репродуктивного здоров'я, ранньої вагітності, вживання наркотичних речовин, ВІЛ-інфікування. Втрата здоров'я молодими людьми ставить під загрозу національну безпеку, саме існування держави. Тому з боку соціальної роботи необхідно проявляти особливу увагу і підтримку молоді.

Профілактика негативних соціальних явищ таких, як ВІЛ/СНІД – одне з найважливіших завдань соціальної роботи, оскільки в глобальному масштабі половина нових ВІЛ-інфікованих – це молоді люди у віці до 24 років. Профілактичні програми, спрямовані на цю вікову групу, вельми актуальні, оскільки країна будує суспільство, захищене в майбутньому від ВІЛ-інфекції [1, с. 20]. Здійснювати профілактичну діяльність у пенітенціарних закладах без урахування історії розвитку даного питання просто неможливо, саме тому метою нашої статті є історичний аналіз розвитку профілактики ВІЛ/СНІД в Україні.

Починаючи з 1987 р., коли в Україні були зареєстровані перші випадки зараження на ВІЛ, розповсюдження інфекції відрізнялося швидким і стабільним зростанням, яке набуло характеру епідемії і уразило найбільш активну частину населення. За оцінкою провідного фахівця у сфері профілактики ВІЛ/СНІД В. Покровського, розповсюдженню ВІЛ-інфекції до якогось часу перешкоджали дві обставини: певний ступінь ізоляції СРСР у 70-80-ті роки, і своєчасні заходи, проведені протиепідеміологічною службою держави [1]. Політична ситуація СРСР значною мірою

обмежувала статеві контакти з іноземцями, що було однією з головних причин проникнення ВІЛ на нові території. Певну роль у зниженні темпів розповсюдження епідемії зіграла депортація заражених іноземців з території країни, бо багато хто з них міг би стати джерелом зараження радянських громадян. Це дозволило Радянському Союзу порівняно довго знаходитися в ситуації низької поширеності ВІЛ-інфекції [2].

Основи організаційної системи протистояння епідемії ВІЛ/СНІД закладалися ще в радянський період, починаючи з 1986 р., коли в Радянському Союзі відбулося масове зараження новонароджених в одному з пологових будинків міста Еліста, а пізніше – у Волгограді та Ростові-на-Дону [2; 4].

Історико-педагогічний аналіз проблем профілактики ВІЛ/СНІД в Україні дозволяє зробити висновок про існування певних стадій. За даними ЮНЕЙДС [3], розглядаються три стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, при цьому ведучим є епідеміологічний аспект. У соціально-економічному аспекті для країн Північної Америки, Західної і Центральної Європи розглядаються чотири стадії епідемії [4].

Аналізу соціально-педагогічних аспектів профілактики ВІЛ в Україні сучасними дослідниками приділено недостатньо уваги. Причинами цього є, в першу чергу, той факт, що профілактикою розповсюдження епідемії на початкових етапах займалася виключно медицина. Велика частина соціально-педагогічних досліджень доводиться на останніх 5-10 років, коли соціальна робота та соціальна педагогіка почала активно розвиватися як наука і практика.

Основні погляди на організацію профілактичної діяльності в ситуації низької поширеності ВІЛ-інфекції були викладені Л. Тищенко, Г. Гагаєвим та О. Сомовим у навчальному посібнику „СНІД: проблеми лікування і профілактики” у 1989 р. [3]. Автори аналізують досвід зарубіжних країн в організації профілактики розповсюдження СНІДУ, науково обґрунтовують репресивні методи, прийняті законодавством СРСР в Указі Президії Верховної Ради СРСР 1987 р. „Про заходи профілактики зараження вірусом СНІДУ” [1] відносно гомосексуалів, іноземців-носіїв вірусу, хворих на СНІД і радянських громадян, щодо яких є підозра у вірусоносінні. Головною профілактичною мірою в роботі описано інформування широких мас населення про шляхи та засоби запобігання зараженню. У цей період почали активно притягуватися засоби масової інформації для „сповіщення населення про реальну небезпеку СНІД”. Учені-дослідники серед причин виникнення панічних чуток, в першу чергу, називає гонитву за сенсацією та невідповідність журналістів у сфері профілактики ВІЛ/СНІДУ. Міфи і чулки, що періодично з’являються у пресі, на радіо і телебаченні, спровокували виникнення у людей стійкого страху не стільки перед хворобою СНІД, скільки перед інфікованими людьми. З цього можна зробити висновок, що вже в ранні періоди розвитку епідемії в Радянській Україні закладалися основи дискримінації і стигматизації ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД людей.

Одним з перших провів поведінкові дослідження груп ризику О. Мороз, він акцентує увагу на тому, що організація масової санітарної просвіти про небезпеку СНІД запізнилася. Аналізуючи брошури, листівки, плакати, які були використовувалися для більшої частини жителів країни інформаційні і санітарно-просвітницькі матеріали не привертали до себе уваги людей, а значить, і не мали профілактичного впливу [2, с. 95].

Аналізуючи наукові матеріали того періоду, можна зробити висновки, що обов'язково указувалися групи, в яких вірус найбільш поширений: працівники комерційного сексу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків. Такий акцент на групи, що практикують ризиковані форми поведінки, де вірус був особливо широко поширений, дав негативний результат: людина, що не відноситься до даних груп, відчувала себе в цілковитій безпеці.

У той же період при оцінці виявлення ставлення до різних джерел інформації В. Покровський виявив, що рівень знань у молоді 14-18 років в СРСР був порівнянний і навіть вищий, ніж у старшокласників Нью-Йорка в кінці 1988 р. [5]. В результаті таких досліджень був зроблений висновок про те, що молоді люди у вказаному віці володіють порівняно високим рівнем знань про шляхи розповсюдження ВІЛ. Проте, подальший розвиток епідемії свідчить про те, що одні тільки знання не забезпечили очікуваного результату.

У 1990 р. Всесвітня організація охорони здоров'я навчання населення заходам попередження зараження ВІЛ розглядала як основний метод профілактики розповсюдження захворювання. Глибокий аналіз ранньої концепції профілактики був наданий Т. Браун, Б. Франк, Дж. Макнейл та С. Мілз в дослідженні „Ефективна стратегія профілактики в умовах низької поширеності ВІЛ” [4]. Рання концепція профілактики будувалася на зміні поведінки особистості після підвищення рівня інформованості.

Період з 1987 по 1991 р. можна вважати першим етапом розвитку соціально-педагогічної профілактики ВІЛ/СНІД, етапом „виняткового інформування”. Він характеризується суперечністю між активним інформуванням і низьким сприйняттям з боку населення власного ризику. Навіть ті особи, які знали про свою ризиковану поведінку, не розглядали себе як об'єкт можливого зараження внаслідок того, що ВІЛ не був поширений в значній мірі. Це видима відсутність ризику підтверджувалася тим, що ніхто не бачив навколо себе ВІЛ-інфікованих або хворих на СНІД.

Другий етап розвитку профілактики ВІЛ/СНІД – етап вироблення навичок безпечної поведінки і здорового способу життя, доводиться на 1991-2000 рр. У законодавчих документах того часу говориться про те, що здійснювані в Україні медичні заходи не змогли стримати розповсюдження вірусу [6]. На той час статеве виховання включалося в шкільну програму на розсуд керівних регіональних органів освіти. У цей період в Україні ідеї про необхідність спільних зусиль різних міністерств і відомств, організацій, громадян отримують визнання, і цей процес закріплюється у ряді

законодавчих документів. Зокрема, передбачалася розробка навчальних програм з профілактики розповсюдження ВІЛ з урахуванням особливостей вікових груп молоді, видання масовим тиражем доступних для розуміння дітей та підлітків матеріалів про природу походження ВІЛ, шляхів його передачі, планувалося навчання батьків навичкам охорони здоров'я.

Уроки перших двох десятиліть пандемії призвели до створення реалістичнішої моделі профілактики ВІЛ, які були викладені в роботі Т. Браун, Б. Франк, Дж. Макнейл, С. Мілз [2]. Аналізуючи причини, по яких люди не застосовують в житті знання, отримані в результаті дії інформаційно-рекламних профілактичних кампаній, дослідники виявили чинники, які впливають на ухвалення рішення про ризиковану або безпечну поведінку. Протистояти негативним стандартам поведінки покликані сформульовані напрями навчання індивідуальним методам профілактики ВІЛ-інфекції. У названому вище дослідженні розроблено дві моделі безпечної поведінки: або обмеження кількості партнерів до мінімуму, або застосування презервативів й інших прийомів, що знижують ризик зараження незалежно від кількості партнерів. Проте в реальності необхідно досягти того, щоб окремі особи використовували обидва підходи залежно від обставин: виховання, культурних традицій, віку, сексуальних потреб, сімейного стану, особистих зв'язків, релігійних переконань і т. д.

Вивчаючи світовий досвід і спираючись на аналіз епідеміологічної ситуації в Україні, І. Гріцаєва и Л. Бурлачук знов звернули увагу практиків на те, що в Україні молодь і підлітки є групою ризику щодо інфікування на ВІЛ [5]. У своїх дослідженнях автори підкреслюють, що підлітковий вік – це період активного пізнання, зокрема – експериментування з алкоголем, наркотиками, набуття першого сексуального досвіду. Іноді одне супроводжує інше. З іншого боку, емоційна й особистісна незрілість підвищує небезпеку опинитися в ризикованій по відношенню до ВІЛ ситуації та знижує вірогідність адекватного самоконтролю. У роботі йде мова про фокусування зусиль на розповсюдження знань про захворювання та зниження поведінкових ризиків, оскільки інформованість та наявність мотивації є необхідними умовами зміни поведінки.

Так, в інформаційному бюлетені „ВІЛ-інфекція в Україні” за 1998 р. опубліковані результати діяльності Програми ООН з ВІЛ/СНІД. У 1996 р. Програмою ООН СНІД спільно з Національним комітетом розроблена програма профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення [3]. Фахівці громадських організацій Києву, Миколаєву, Одеси та Полтави почали реалізовувати програми профілактики ВІЛ серед ін'єкційних наркозалежних і жінок секс-бізнесу. У основу цих програм покладена стратегія „зниження шкоди”. Дослідники висловлювали свою думку, щодо програми зі зниження шкоди від споживання наркотиків впливають на можливість застосування захисних заходів, оскільки не завжди поведінка може контролюватися самим індивідом [2]. Це призводить до розуміння того, що індивідуально спрямовані

профілактичні зусилля самі по собі ще не достатні для вироблення стійкої зміни поведінки. Авторі-дослідники єдині в думці про те, що, перш за все, для вирішення питання зміни поведінки на більш безпечну, людина повинна мати відповідний рівень інформованості про ВІЛ/СНІД, мотивацію на зміну поведінки, певний досвід застосування безпечних форм поведінки, а також умови для їх застосування.

Третя програма профілактики СНІД та наркоманії на 1999-2000 рр. [1], прийнята в 1999 р., забезпечувала консультативну допомогу з питань ВІЛ/СНІД у всіх медичних установах, пов'язаних з обслуговуванням представників груп ризику (Центри профілактики та боротьби зі СНІД, служби планування сім'ї, наркологічні диспансери). Ухвалення цієї програми дозволило змінити підходи в наданні медичної допомоги наркозалежним людям, змінивши „примусове” лікування на „обов'язкове”. Велика увага приділяється в цьому документі, як профілактиці негативної поведінки молоді, так і наркозалежності, зокрема. Програмою пропонувалося розробити й упровадити систему підготовки соціальних працівників для наркологічних установ, ЦСССДМ і т. д. Тут же вперше наголошується на проведенні цілеспрямованих заходів серед учнівської молоді з формування уявлень та навичок здорового способу життя.

Таким чином, етап з 1991 по 2000 рр. характеризується формуванням навичок безпечної поведінки і формування основ здорового способу життя у населення України. У цей період особливо яскраво проявилися суперечності між необхідністю застосування невідкладних заходів по запобіганню розповсюдженню ВІЛ за межі груп ризику й особистісною та професійною компетенцією фахівців (роздача презервативів і вироблення навичок їх використання, обмін шприців, вироблення навичок стерилізації інструментарію та наркотичних речовин, менш небезпечне введення наркотику і т. д.).

Аналізуючи науково-педагогічну літературу, слід зазначити, що за останнє десятиліття порівняно з попереднім періодом виросла активність досліджень у сфері профілактики наркоспоживання серед молоді, тобто увага спрямована на своєчасність виявлення підлітків з групи ризику і надання їм психологічної допомоги. Дослідженням дії соціального тиску з боку друзів, сім'ї і т. д. приділили увагу Т. Браун, Б. Франк, Дж. Макнейл, С. Міл [6]. Авторі зробили висновок про те, що подібні чинники впливають на уразливість людини до ВІЛ-інфекції, тобто здатність контролювати ситуацію й ухвалювати адекватне рішення. Після того, як людина засвоїла лінію більш безпечної по відношенню до ВІЛ поведінки (застосування презервативу, використання стерильного або нового шприцу, використання стерильного наркотику, використання наркотиків не ін'єкційним шляхом і т. д.), в першу чергу, виникає питання доступності профілактичних засобів. Тут дослідники виділяють декілька бар'єрів:

- легальність даного профілактичного засобу;
- ухвалення соціальним середовищем даної форми поведінки (наприклад, покупка молоді людиною в аптеці презервативу);

- економічна доступність (дешевизна);
- час доби (можливість придбання).

Якісно інші бар'єри, на які указують автори, виникають на рівні навичок використання профілактичного засобу. Молоді люди можуть не мати відповідної підготовки через те, що місцеві школи та вищі навчальні заклади відмовляються від обговорення практики застосування презервативів, розповсюдження подібних навчальних матеріалів або демонстрації їх використання.

Рішенням Кабінету Міністрів України була затверджена, четверта Програма профілактики ВІЛ/СНІД в Україні на 2001-2003 рр. [1], основною метою якої є запобігання зараженню ВІЛ, зниження впливу негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство, збільшення національних і міжнародних зусиль, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІД.

У Програмі вперше обмін голок на стерильні прозвучав як один з пріоритетів роботи з представниками уразливих груп, таким чином, програми зниження шкоди від споживання наркотиків почали реалізовуватися і державним сектором. У 2001 р. Український державний центр соціальних служб для молоді розробив та впровадив програму „Профілактика ВІЛ/СНІД серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом” [4]. На той час практичними навичками роботи із споживачами наркотиків володіли в основному соціальні працівники та волонтери НДО. На всіх рівнях з такими організаціями були поміщені угоди про об'єднання зусиль громадських і державних організацій з метою поліпшення якості послуг, що надавалися. Молоді наркоспоживачі реально відчули підтримку з боку держави. Співробітники державних соціальних служб практикували гуманний підхід до контактів з ін'єкційними споживачами наркотиків, заснований на довірі та пошані їх громадських прав і людської гідності. Такий стиль, як свідчить світова практика, є набагато результативнішим і відповідає загальним глобальним тенденціям демократизації та терпимості суспільства. Методики, що склалися, передбачають не тільки обмін голок на стерильні, але і створення довірливих відносин з клієнтами, дозволяючи організувати їх навчання навичкам менш небезпечного споживання наркотиків, використання презервативів і т. д. Поступово, в результаті спільної роботи державного сектору та НДО, при кожному пункті обміну шприців, при кожній громадській організації, що працює з наркоспоживачами, утворювалися групи само – і взаємодопомоги як для самих споживачів, так і для членів їхніх сімей. З часом утворилися і групи взаємодопомоги для ВІЛ-інфікованих. Їх діяльність почала активно підтримувати та розвивати громадська організація Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ. Це дало можливість вплинути на найближче оточення наркозалежних, і ВІЛ-інфікованих.

Соціальні працівники державного сектору, з урахуванням аналізу минулих помилок, більше уваги почали приділяти формуванню толерантного ставлення членів співтовариства до програм „Зниження шкоди” і до ВІЛ-інфікованих людей [3].

Разом з тим проводилися активні дослідження про вплив сексуальної культури на розповсюдження ВІЛ серед молоді, їх результати показали, що, хоча серед студентів та молоді присутній страх перед побутовим розповсюдженням ВІЛ, вони не вважають ризикованими ті форми поведінки, які вони не засуджують (поширеність випадкових зв'язків), хоча більшість опитаних вважають, що у людей, які ведуть неупорядковане статеве життя, вірогідність бути інфікованим є достатньо великою. При цьому демонструється неготовність до обережної поведінки і реалізація власних знань через змінену поведінку.

Сучасна наукова література свідчить, що вітчизняні і зарубіжні вчені О. Балакирева, Т. Авельцева, І. Зверева, Г. Макаревич визначають важливість наукового дослідження проблем профілактики ВІЛ/СНІД серед дітей, народжених від інфікованих матерів, які інфіковані в дитинстві або живуть в сім'ях, члени якої є або ВІЛ-інфікованими, або хворими на СНІД. Спеціальна профілактика ВІЛ/СНІД для таких учнів в умовах школи стає неможливою без нерозголошення діагнозу. Така робота може здійснюватися в першу чергу через СНІД-центри та ВІЛ-сервіси НДО. Оголошена UNAIDS Концептуальна основа й основоположні принципи діяльності у зв'язку з ВІЛ/СНІД (2002-2003 рр.) [4] дозволяє фахівцям цих установ удосконалювати підходи соціальної, правової та педагогічної систем, механізмів реалізації.

На сучасному етапі розвитку епідемії в Україні можна констатувати той факт, що наслідки розповсюдження захворювання погіршують соціально-економічний стан країни. У Концепції стратегії дій уряду вказується, що витрати на лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД за найбільш оптимістичними оцінками складуть у 2012 р. 533 млн. грн. [3]. Пов'язана з розповсюдженням СНІД смертність населення може привести до зниження середньої тривалості життя в Україні від 2 до 4 років для чоловіків і від 2 до 5 років для жінок. Прямі наслідки зараження на ВІЛ – хвороба і смерть – грають вирішальну роль в долі окремих осіб, проте цим не вичерпуються наслідки розвитку епідемії. Страждає вся сім'я інфікованого, що може проявитися в психічній травмі, втраті доходів від праці зараженого члена сім'ї, збільшення витрат на його утримання і лікування. Для нації в цілому розповсюдження ВІЛ-інфекції означає кількісно серйозну втрату частини населення, а також збільшення рівня тривожності в суспільстві.

Четверта Національна програма і допомога міжнародного співтовариства дозволили зосередити зусилля на двох стратегічних напрямках протистояння епідемії: запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції/СНІД і розширення доступу до медичної допомоги – забезпечення лікування, відходу і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Залучення додаткових ресурсів з Глобального фонду сприяло початку лікування 2 тис. хворих на СНІД [4].

Серйозна увага почала приділятися вивченню потреб ВІЛ-інфікованих людей. Сучасні дослідники Т. Семігіна, І. Агеєва, А. Жаво,

Я. Бляхарський [6] вважають, що медичні та соціальні потреби, а також потреби в юридичній допомозі ВІЛ-інфікованим відрізняються від здорових людей і ці відмінності необхідно враховувати при організації профілактичної роботи з ВІЛ-позитивними. Діяльність Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІД (Мережа ЛЖВС), по захисту прав інфікованих людей, формуванню толерантного ставлення до ЛЖВС, створенню умов для виховання та навчання ВІЛ-інфікованих дітей робить все більший вплив на стан епідеміологічної обстановки ВІЛ/СНІД в Україні.

Третя стадія (з 2000 р.) – ґрунтується на дії на середовище за допомогою формування умов, які підтримують профілактичну діяльність та подолання наслідків. У цей період відбувається розуміння того, що профілактика, як попередження нових випадків ВІЛ-інфекції, не може обмежуватися індивідуальними змінами у поведінці. Вона дає результати лише у разі відповідності обставинам, які впливають на певну поведінку. Необхідна зміна умов може забезпечити тільки взаємодію різних структур, що належать до державного, громадського та комерційного секторів. Лише така взаємодія забезпечить інтеграцію людських й інших ресурсів, що дозволить поліпшити якість роботи у сфері профілактики ВІЛ/СНІД, в першу чергу, серед молоді.

Таким чином, історико-педагогічний аспект системного підходу забезпечив можливість:

- проаналізувати й узагальнити теорію та практику соціально-педагогічного досвіду профілактики ВІЛ/СНІД в Україні;
- констатувати недостатнє дослідження проблеми соціально-педагогічної профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції серед молоді;
- виявити суперечності в означеній проблемі;
- констатувати той факт, що на сучасному етапі тільки в результаті взаємодії державних і громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІД створюються умови для максимальної якості профілактики.

Отже, історико-педагогічний аналіз дозволяє виділити три етапи розвитку соціально-педагогічної профілактики ВІЛ/СНІД серед молоді: 1987-1991 рр.; 1991-2000 рр.; від 2000 р. і до наших днів. Кожен з цих періодів характеризується подіями, які сприяють прогресивному руху профілактичної діяльності, що необхідно враховувати на сучасному етапі соціальної роботи з профілактики ВІЛ / СНІДу в пенітенціарних закладах.

Список використаної літератури

1. **Борисенко Ю. В.** Проблема отцовства в современном обществе / Ю. В. Борисенко, А. Г. Портнова // Вопросы психологии : научный журнал. – 2006. – № 3. – С. 122-130.
2. **Допомога** батькам у вихованні дітей : [методичні рекомендації для соціальних працівників] / Г. В. Кравченко, І. М. Трубавіна. – К. : ДЦССМ, 2004. – 100 с.
3. **Конвенція** від 7 лютого 2002 р. № 183 „Про перегляд Конвенції 1952 року про охорону материнства”. – [Електронний ресурс]. –

<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main> 4. **Молода сім'я** : проблеми та умови становлення / [відп. ред. проф. А. Й. Капська]. – К. : ДЦССМ, 2003. – 184 с. 5. **Нестерова О. Є.** Підвищення рівня психологічної готовності до материнства як завдання лікаря жіночої консультації / О. Є. Нестерова // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2005. – № 22-23. – С. 36-39. 6. **Овчарова Р. В.** Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. – 319 с.

Гусев О. М. Історичний аналіз розвитку профілактики ВІЛ/СНІД в Україні

У статті надається історичний аналіз розвитку профілактики ВІЛ/СНІД в Україні. Історико-педагогічний аналіз проблем профілактики ВІЛ/СНІД в Україні дозволяє зробити висновок про існування певних стадій. Розглядаються три стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, при цьому ведучим є епідеміологічний аспект.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція/СНІД, профілактика ВІЛ/СНІДу, зниження шкоди від споживання наркотиків, стадії ВІЛ/СНІДу.

Гусев А. Н. Исторический анализ развития профилактики ВИЧ/СПИД в Украине

В статье приводится исторический анализ развития профилактики ВИЧ/СПИД в Украине. Историко-педагогический анализ проблемы профилактики ВИЧ/СПИД в Украине позволяет сделать вывод о существовании определенных стадий. Рассматриваются три стадии развития эпидемии ВИЧ-инфекции, при этом ведущим является эпидемиологический аспект.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция/СПИД, профилактика ВИЧ/СПИДа, снижения вреда от потребления наркотиков, стадии ВИЧ/СПИДа.

Gusev A. Historical analysis of the development of HIV/AIDS in Ukraine

In the article were provided a historical analysis of the development of HIV/AIDS in Ukraine. Historical and pedagogical analysis of the problem of HIV/AIDS in Ukraine suggests the existence of certain stages. Were considered three stages of HIV-infection, with a leading epidemiological aspect.

Key words: HIV/AIDS, HIV/AIDS prevention, harm reduction in drug use, stage of HIV/AIDS.

О. О. Об'єдкова

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ: ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Збереження здоров'я населення є однією з найважливіших соціальних проблем. Особливої актуальності ця проблема набула в Україні на початку ХХІ ст. Основні компоненти успішного повсякденного буття дітей та молоді – здоров'я й освіта. Саме через це Національна доктрина розвитку освіти України ХХІ століття своїми пріоритетними напрямками проголошує збереження та зміцнення здоров'я учнівської молоді, формування свідомої мотивації запобігання шкідливим звичкам, навичок дбайливого ставлення до власного здоров'я та життя інших [2, с. 4].

Проблемі формування, зміцнення й відновлення здоров'я присвячено наукові дослідження Г. Апанасенко, О. Балакірева, О. Вакуленко, Л. Ващенко, В. Горашука, О. Дубогай, Л. Жаліло, В. Ліщук, Ю. Лисицина та ін.

Проблема здоров'я людини – одна з провідних проблем не тільки в медичній, філософській, а й педагогічній науці. Хоча зміст, методи, форми, принципи формування навичок здорового способу життя людини змінюється в історико-педагогічному процесі, проте залишається незмінною мета – досягнення здоров'я, гармонія між духовним і фізичним світом людини, перспективи на майбутнє довголіття. Це завдання по різному вирішується в філософсько-педагогічній спадщині видатних педагогів та мислителів минулого. Саме тому *метою* нашої статті є аналіз історико-педагогічних аспектів формування здорового способу життя підростаючого покоління.

Сократ (469 – 399 до н.е.), давньогрецький філософ античності вважав, що здоров'я людини залежить від морального самовдосконалення, пізнання самого себе [4, с. 51–52]. До того ж сам Сократ не тільки теоретично розвивав уявлення про здоров'я, а й демонстрував здоровий спосіб в своєму житті. Легендарні оповідки свідчать, що Сократ одягався завжди в стару витерту одіж і ходив повсюди босоніж. Його байдужість до холоду й спеки, голоду й спраги кидала всіх у подив. Алквіад у Платоновому „Бенкеті”, змальовуючи Сократа на військовій службі каже: „Його витривалість була просто дивовижна... нікого не можна порівняти з ним... Стояв лютий мороз, бо зима в тих краях таки різка, і всі інші або сиділи в наметах, або, коли виходили на двір мали на собі хтозна скільки одягу й були тепло взуті, загорнувши ноги в хутро; посеред усього цього Сократ у звичайній одежі ступав босими ногами по кризі й ішов краще, ніж інші воїни, що були взуті, і вони дивилися на нього розлючено, бо він неначе глузував з них” [6, с. 90]. Загалом Сократ в бесідах з учнями пропагував здоровий спосіб

життя і захоплювався юнаками, які займалися в палестрах (гімнастичних школах) і гімнасіях.

Платон (427 – 479 до н.е.), учень Сократа, видатний афінський філософ в своїй педагогічній системі чільне місце відводив фізичному розвитку дітей. Правильний спосіб життя, на думку Платона, полягає в тому, щоб не ганятися за радощами і не уникати смутку, а дотримуватися середини. Платон називав кульгавими тих, хто не навчився читати, писати, бігати і плавати. Музику Платон вважав найкращим засобом для духовного самовдосконалення, а атлетику – для вдосконалення тіла. Навчання в школах, за Платоном, не повинно бути примусовим і дозволяти старшим спостерігати нахили і успіхи учнів, особливо при відборі найздібніших і найкращих. Ідеї здорового фізичного розвитку Платон відобразив у працях „Держава”, „Закони”.

Арістотель (384-22 до н.е.), учень Платона, відстоював необхідність різностороннього виховання: фізичного, розумового і морального у відповідності з поділом душі людини на три частини – рослинну, тваринну, розумну. Арістотель вважав, що найважливіше завдання виховання – розвиток розуму, починати треба з виховання фізичного. І тут Арістотель розходиться з Платоном. Гімнастика в Арістотеля належить до основних чотирьох предметів, поряд з граматиною, музикою і малюванням. Арістотель радив навчання розпочинати з гімнастики. Гімнастичні вправи, на його думку, повинні бути посилюючими можливостям дітей. Арістотель засуджував спартанців, які обтяжували молодь непосильними важкими вправами, намагаючись виховати мужність, насправді вирощували диких тварин. Він вимагав, щоб метою фізичного виховання був гармонійний розвиток сильного і красивого тіла.

З особою *Гіппократа (460-377 до н.е.)* пов'язують витoki всіх медичних знань. У своїй лікарській діяльності і працях він рекомендував застосовувати, поряд з фізичними вправами, дієтою, масажем та водними процедурами, також і лікарські препарати. Пріоритетними принципами в діяльності цього вченого було використання оздоровчих, а не лікувальних засобів. Гіппократу належить думка про те, що зціляє організм природа, а лікар має лише допомагати природі. Гіппократ закликав до індивідуалізації і суворого дозування оздоровчих дій. У своїй праці „Corpus Hippocraticum” – енциклопедії медичних знань того часу, Гіппократ наводить багато відомостей про збереження здоров'я та стимуляцію захисних сил організму з допомогою сил природи. І важливо те, що багато з рекомендацій Гіппократа зберегли своє значення до наших днів [1, с. 11].

Подальший розвиток валеологічних ідей дістали в діяльності видатного лікаря і мислителя античного світу *Клавдія Галена (131-200 рр.)*. З його ім'ям пов'язаний ряд досягнень у пізнанні здоров'я і граничних станів між здоров'ям та хворобою. У своїй праці „Про призначення частини тіла людини” він дає визначення здоров'я: „Стан,

за якого тіло людини по натурі й сполученню частинок таке, що всі дії, що відбуваються, здійснюються здраво та повністю” [1, с. 13]. Галену також належить ряд важливих вказівок про використання фізичної праці в лікувально-профілактичних цілях. Його праці містять прогресивні для того часу рекомендації щодо застосування гімнастики, дієти й масажу в лікуванні та профілактиці захворювань.

У розвиток валеологічних знань середньовіччя вагомий внесок було зроблено середньоазіатським лікарем і мислителем *Абу Ібн Сіною* (лат. *Авіценою*) (980-1037 рр.). Його праці містять не лише багато корисних рекомендацій, запровадивши які можна запобігти захворюванням, а й заклики до вивчення здоров'я. Із праць Ібн Сіни стає зрозуміло, що в медицині того часу пріоритети віддавалися не стільки лікуванню хвороб, скільки збереженню здоров'я. Ібн Сіна прославився на Сході і на Заході своїм п'ятитомним „Каноном лікарської науки”. Вважаючи однією з найважливіших умов збереження здоров'я заняття фізичними вправами, Авіцена розробив їхню класифікацію, виділивши силові та швидкісні рухи, що забезпечують різні оздоровчі ефекти.

Розгляд валеологічних ідей Гіппократа, Галена, Авіцени зумовлений тим, що видатні педагоги Відродження та Нового часу будуть обізнані з працями згаданих медиків і значна частина знань, їх переконаність і доцільність ляжуть в основу оздоровчо-фізичних систем виховання і навчання дітей та молоді.

Гуманісти епохи Відродження вважали фізичний розвиток дітей одним із провідних у вихованні.

В одному з найкращих виховних закладів Італії – „Будинку радості” працював видатний представник гуманізму *Вітторіно да Фельтре* (1378-1446), який запроваджував в життя духовний, фізичний та моральний розвиток. На відміну від інших середньовічних шкіл, в „Будинку радості” було багато світла і заняття фізичними вправами проводилися на свіжому повітрі. Вітторіно да Фельтре не допускав тілесних покарань і широко використовував народні ігри.

Філософ *Лоренцо Валла* (1407-1457) в діалозі „Про насолоду як істинне благо” стверджував, що насолода в школах не зводиться до одних лише фізичних задовольень і безмежного егоїзму. Насолоди в „Будинку радості” ототожнювались з користю для організму, і людина повинна керуватися, на думку Валла, цією користю на протязі всього свого життя.

З метою оздоровлення дітей привілейованих класів лікар *І. Меркуріаліс* (1530-1606) в творі „Про мистецтво гімнастики” описав виникнення і розвиток фізичних вправ і класифікував їх за трьома групами: лікувальні (істинні), військові (життєво необхідні) і атлетичні (хибні). Вправи останньої групи, за Меркуріалісом, визивають велике навантаження на організм, особливо в змагальній та ігрових ситуаціях. Він також осуджував надмірність в їжі, вині, сні і рекомендував плавання і імітацію бою з тінню. Меркуріаліс закликав виховувати в молоді

засобами фізичної культури вишукані манери і моральні якості [5, с. 22].

Французький письменник *Франсуа Рабле (1494-1553)* у праці „Гаргантюа і Пантагрюель” рекомендує вчителям шкіл низку методичних прийомів в навчанні перескакування з коня на коня, фехтувати кинджалом і мечем, рапірою і шаблею, оволодівати способами плавання. Рабле захоплюється хоробрістю, силою і спритністю вихованців „Телемської обителі” (ідеального гуртожитку з басейном і лазнею, стадіоном, парком і т.д.), де фізичне виховання займало рівноправне положення поряд з іншими предметами.

Т. Мор (1478-1535) заснував ідею поєднання теоретичного навчання з фізичним вихованням і працею при суворому режимі дня. В його „Утопії” суспільство несе відповідальність за виховання підростаючого покоління і проявляє турботу про здоров'я всіх громадян.

Т. Кампанелла (1568-1639) для мешканців утопічного „Міста Сонця” склав навіть спеціальну молитву про здоров'я тіла і духу. Кампанелла описав фізичні вправи, які формують красу тіла, і рекомендував правила моральності, гігієни і здорового режиму.

Загалом, праці соціал-утопістів, як і гуманістів епохи Відродження були джерелом теоретичного обґрунтування систем фізичного виховання в нову і новітню добу.

Торкнемося проблеми фізичного розвитку і здоров'я дітей в педагогічній спадщині видатних педагогів XVII-XX ст., таких як Я. Коменський, Дж. Локк, Ж.-Ж.Руссо, Й. Песталоцці, Г. Спенсер, К. Ушинський, П. Лесгафт, А. Макаренко, В. Сухомлинський.

Так, *Ян Амос Коменський (1592-1670)*, видатний слов'янський педагог, рекомендував фізичний і психічний розвиток дітей здійснювати відповідно віковій періодизації: дитинство (до 6 р.), отрочество (6-12 р.), юність (12-18 р.), змужнілість (18-24 р.). Він пропонував фізичному вихованню приділяти найбільше уваги в дитинстві. Один з розділів (п'ятий) „Материнської школи” Коменський цілком присвячує питанням фізичного виховання дитини і дає ряд вказівок, принципове педагогічне і практичне значення яких і сьогодні велике. Коменський вимагав, щоб мати, якщо вона здорова, сама годувала дитину грудьми, і різко засуджував такі факти, коли матері з аристократичних кіл соромились годувати своїх дітей („Це противно Богу і природі, шкідливо для дітей, згубно для самих матерів, не заслуговує на повагу і гідне засудження”). Цікаві вказівки Коменського про харчування дитини, сон, користування чистим повітрям. Особливий інтерес становлять його поради про те, що батьки не повинні давати дітям ліків, якщо це не викликано крайньою необхідністю. Коменський попереджував батьків не давати дітям міцних напоїв і писав: „Спартанці турбуючись про правильне виховання юнацтва, державними законами строго заборонили молодим людям до двадцяти років пити вино” [4, с. 141].

Винятковий інтерес становить думка Коменського про значення веселощів, для здоров'я („веселий настрій – половина здоров'я, всі батьки повинні прагнути до того, щоб у дітей не було нестатку в розвагах – гра, біганина, доганяння, слухання музики, малювання, приємні видовиська”).

Як бачимо, Коменський відстоює принципи здорового способу життя дітей, які в подальшому переростуть у переконання дорослої людини, і стануть необхідністю її здорового життя.

Великого значення фізичному вихованню надавав *Джон Локк (1632-1704)*. Він одним з перших дав докладну глибоко розроблену теорію фізичного виховання, якій присвятив перших тринадцять параграфів своєї праці „Думки про виховання”. Локк виходив з положення давньоримського педагога Марка Фабія Квінтіліана: „здоровий дух у здоровому тілі”. Він вимагав, щоб усе тіло людини було загартоване, як обличчя, що переносить і спеку і холод. Система загартування повинна починатись рано. Не варто одягати дитину надто тепло ні взимку, ні влітку. Взуття дитини повинно бути настільки тонке, щоб могло промокати і пропускати воду. Одяг не повинен бути тісним, їжа проста і не витончена: м'ясо, прянощі, цукор слід виключати з раціону дитини. Ліжко дитини має бути твердим. В усьому слід дотримуватися помірності; єдине в чому не варто відмовляти дітям і давати цілковиту свободу – це сон. При цьому Локк звертає увагу й на те, що слід уникати прищеплення дітям зайвих звичок, наприклад, до певних годин харчування, до певного ліжка тощо – щоб звичка не зробила людину рабом звичного бажання.

Таким чином, аналіз думок Дж. Локка з приводу фізичного розвитку і виховання дітей дає змогу стверджувати, що він є абсолютним прихильником спартанської системи виховання.

Французький педагог і мислитель *Ж.-Ж. Руссо (1712-1778)* вважав, що фізичний розвиток дитини найкраще здійснювати у період від народження до двох років. На думку Руссо, дитину не можна сповивати, бо це робить її нервовою, дратівливою, а часто горбатою, кривоногою, рахітом. Не слід розніжувати дітей, а потрібно їх купати в холодній воді, загартовувати, привчати до злигоднів. Руссо закликає, щоб дитина більше рухалася, гралася; треба вчити ходити, а не носити на руках, не поспішати вчити розмовляти, бо це тільки зіпсує її мову. З двох років всіляко розвивати органи чуттів, знайомити з навколишнім життям. Коли дитина починає ходити і розмовляти, необхідно продовжувати її фізичне загартування, хай дитина більше грається на свіжому повітрі, доцільно вивести її з міста на лоно природи. Загалом, всі свої погляди на фізичне виховання Ж.-Ж. Руссо виклав у праці „Еміль або Про виховання” [3, с. 45].

Йоганн Генріх Песталоцці (1746-1827) поряд з інтелектуальним та моральним розвитком дитини надавав велике значення фізичному вихованню. Елементарна фізична освіта – одна з складових педагогіки

Песталоцці. Він намагається встановити найпростіші елементи фізичної освіти, з яких слід виходити, щоб розвинути природні фізичні сили дитини шляхом вправ. Песталоцці неодноразово підкреслював, що розвиток фізичних сил повинен здійснюватись всебічно і рівномірно, так як лише при цій умові діти зможуть в майбутньому вберегтись від потворної однобічності, що є результатом вузького розподілу праці в умовах мануфактурного виробництва. Песталоцці різко критикує сучасні йому народні школи за те, що вони не тільки не сприяють піднесенню фізичних сил дітей народу, але ще з свого боку калічать їх. Вони тримають учнів надто довго в задушливих класах, придушують їх природне прагнення до руху, примушують сидіти не поворухнувшись. Між тим фізичне виховання при правильній його постановці, могло б, як вказує Песталоцці, відіграти важливу роль в оздоровленні народу [4, с. 300].

Герберт Спенсер (1820-1903) у своїй праці „Виховання розумове, моральне і фізичне” також велику увагу звертає на фізичне виховання, радить якнайліпше годувати дитину, дозволяти їй вільно рухатись, тримати якнайбільше часу на чистому повітрі, давати багато спати і ніколи не доводити до перевтоми. Г. Спенсер вважає, що здоров'я і сила – найважливіші умови успіху в житті. У питаннях дієти, одягу, загартування Спенсер іншої думки, ніж Дж. Локк. У виборі дієти слід зважати на смак дитини і потреби дитячого організму. Дітей треба ситно годувати і тепло одягати. Фізичне виховання повинно бути предметом турботи не лише хлопчиків, а й дівчаток. Спенсер віддає перевагу рухливим іграм і спортові перед гімнастикою, бо в них багато рухів, живого інтересу, належної веселості, яка позитивно впливає на дітей.

У педагогічних поглядах *К. Ушинського (1824-1870)* знайшло своє відображення і питання фізичного виховання дітей, яке розглядалось як складова частина їх гармонійного розвитку. Він закликав вчителів створювати такі умови життя, праці і навчання дітей, які б сприяли їх фізичному розвитку, починаючи з раннього віку: нормальне харчування і сон; відповідний режим вдома і в школі; фізична праця на свіжому повітрі; медичний нагляд; гімнастичні вправи та ігри; створення гігієнічних умов життя і праці; використання природних факторів (повітря, вода) та ін. Велике значення у фізичному вихованні дітей має, на його думку, вивчення природознавства, зокрема, анатомії і фізіології людини. У своїй книзі „Дитячий світ” (розділ „Про людину”) Ушинський дуже цікаво розповів про будову організму людини, на цікавих прикладах показав роль фізичного загартування. У третьому розділі „Педагогічної антропології” (розділ „Загальні зауваження про фізичне виховання”) він зробив спробу обґрунтувати мету, зміст та форми фізичного виховання дітей, виходячи з основ анатомії та фізіології людини, медицини, санітарії і гігієни, приділивши велику увагу зміцненню нервової системи учнів та вихованню у них волі різними засобами фізичного загартування [4, с. 216].

П. Лесгафт (1837-1909), видатний російський вчений, анатом і фізіолог, лікар, основоположник російської системи фізичного виховання, свої валеологічні ідеї виклав у працях „Основи природної гімнастики”, „Про ігри та фізичне виховання”, „Посібник з фізичної освіти дітей шкільного віку” та ін. У творі „Керівництво з фізичної освіти дітей шкільного віку” особливо цінні його погляди на фізичне виховання як складову частину розвитку дітей, підлітків і молоді: оздоровлення дітей і медичний контроль над їх фізичним розвитком; гармонійний розвиток усіх органів людського організму; врахування анатомо-фізіологічних основ; послідовність фізичних вправ; дитячі ігри, що формують характер і розвивають розумові та фізичні здібності дітей; розвиток усіх груп суглобів і м’язів організму дітей; свідоме виконання фізичних вправ; правильне чергування фізичних вправ з розумовими заняттями та рухомими іграми; естетичне оформлення фізичних вправ тощо. Загалом, П. Лесгафт фізичне виховання дітей і молоді розумів досить широко – як фізичну освіту і культуру.

А. Макаренко (1888-1939) у своїх творах, зокрема в „Педагогічній поемі” і „Прапорах та баштах” яскраво і переконливо показав значення фізичного виховання дітей і молоді, розглядаючи його як складову частину всебічного розвитку людини, як важливий засіб розумового, морального і трудового виховання. Він дав багато цінних порад, накреслюючи шляхи фізичного загартування організму дітей і молоді: створення для них відповідних санітарно-гігієнічних умов, додержання правильного режиму життя, використання природних факторів, правильний режим харчування, добра організація відпочинку, широка програма фізичного виховання (гімнастика, акробатика, теніс, волейбол, футбол, верхова їзда, парашутизм, стрілецька справа, лижний і водний спорт тощо). Великого значення А. Макаренко надавав естетичному оформленню різних видів фізичного виховання і масової фізкультурно-спортивної роботи (добре обладнання і красиве оформлення спортивних залів, літніх спортивних майданчиків, красива спортивна форма одягу, проведення різних видів спорту в супроводі музики, зовнішня краса тіла тощо) [4, с. 377].

В. Сухомлинського (1918-1970) по праву вважають основоположником вітчизняної шкільної валеологічної науки та практики. В своїй книзі „Серце віддаю дітям” у розділі „Здоров’я, здоров’я і ще раз здоров’я” педагог стверджує: „Я не боюся ще і ще раз повторювати: турбота про здоров’я – це найважливіша праця вихователя. Від життєрадості, бадьорості дітей залежить їхнє духовне життя, світогляд, розумовий розвиток, міцність знань, віра в свої сили” [1, с. 12]. Здоров’я дитини В. Сухомлинський сприймає глибинно, суттєво і комплексно – з педагогічної точки зору, а не в медичному тлумаченні, як відсутність хвороб. На думку Сухомлинського, педагог має справу з мислячою матерією, здатність якої в роки дитинства сприймати і пізнавати навколишній світ значною мірою залежить від здоров’я

дитини. Ця залежність дуже тонка й важковловима. Вивчення внутрішнього духовного світу дітей, особливо їхнього мислення – одне з найважливіших завдань учителя. Праці В. Сухомлинського з природного виховання й гармонійного розвитку дітей, зокрема і їхнього здоров'я, є джерелом наукових і практичних надбань, із яких кожен учитель може багато корисного взяти для своєї практики. Актуальні ж аспекти формування та збереження здоров'я дітей початкової школи з досвіду В. Сухомлинського.

Отже, аналіз основних філософських, медичних та психолого-педагогічних праць видатних мислителів та педагогів минулого, які присвячені висвітленню проблеми здоров'я молоді, дає нам можливість дійти висновку, що здоров'я – найцінніша цінність людини, яку треба берегти, виховувати і плекати змалку.

Таким чином, історія розвитку філософсько-педагогічних знань щодо проблеми здоров'я, його збереження і загартування багата на цікаві та раціональні валеологічні думки видатних філософів та педагогів. Деякі з цих мислителів, а саме Вітторіно да Фельтре у „Будинку радості”, Й. Песталоцці у „Притулку для сиріт”, А. Макаренка в колонії ім. Горького та комуні Дзержинського, В. Сухомлинський у „Школі під голубим небом” втілювали у практику школи принцип правильного способу життя дітей та дбали про їх нормальний фізичний та моральний розвиток, турбувалися про збереження та примноження здоров'я своїх вихованців.

Всі ці ідеї видатних філософів та педагогів минулого щодо формування здорового способу життя підростаючого покоління не втратили своєї актуальності та є підґрунтям для створення нової, сучасної концепції формування, збереження та підвищення рівня здоров'я в молодіжному середовищі.

Список використаної літератури

- 1. Валеологія.** Справочник школьника / сост. Н. Зотова. – Донецьк : ПКФ „БАО”, 1999. – 448 с.
- 2. Голяченко О. М.** Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Т. : Джура, 1997. – С. 3.
- 3. Искусство быть здоровым :** (Часть 1. ; 2-е изд., перераб.) / авт.-сост. А. М. Чайковский, С. Б. Шенкман. – М. : Физкультура и спорт, 1987. – 80 с.
- 4. Кравець В. П.** Історія класичної зарубіжної педагогіки та шкільництва / В. П. Кравець. – Тернопіль : Тернопіль, 2006. – 436 с.
- 5. Кулинко Н. Ф.** История и организация физической культуры / Н. Ф. Кулинко. – М. : Просвещение, 1982. – 223 с.
- 6. Ротенберг Р.** Растить здоровым : детская энциклопедия здоровья ; (пер. с англ.) / Р. Ротенберг. – М. : ФиС, 1991. – 592 с.

Об'єдкова О. О. Формування здорового способу життя молоді: історико-педагогічний аспект

У даній статті визначено сутність понять „здоров'я”, „здоровий спосіб життя”, „формування здорового способу життя молоді”; розкрито історико-педагогічні аспекти формування здорового способу життя підростаючого покоління.

Ключові слова: здоров'я, здоровий спосіб життя, формування здорового способу життя молоді, фізичне виховання, валеологія.

Объедкова О. А. Формирование здорового образа жизни молодежи: историко-педагогический аспект

В данной статье определена сущность понятий „здоровье”, „здоровый образ жизни”, „формирование здорового способа жизни молодежи”; раскрыты историко-педагогические аспекты формирования здорового способа жизни подрастающего поколения.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, формирование здорового образа жизни молодежи, физическое воспитание, валеология.

Ob'edkova O. Forming of healthy way of life of young people: historical and pedagogical aspect

This article explains the purpose of the concepts of „health”, „healthy lifestyle”, „promoting healthy lifestyles of young people”, the analysis looks outstanding teachers of the past on the issue of healthy lifestyle of the younger generation.

Key words: health, healthy lifestyle, promoting healthy lifestyles of young people, physical education, valueology.

УД [378.011.3-051:36]:17.022.1-047.48

С. О. Скоробогатов

**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ
МАЙБУТНЬОГО СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА**

Дослідження проблеми іміджу соціального працівника набуває останнім часом все більше практичне і теоретичне значення. Сьогодні важко переоцінити значення цього чинника у професійній діяльності та професійному спілкуванні, де різко зростає роль самопрезентації фахівця в конкурентно-освітньому просторі.

Володіючи потужним психотерапевтичним ефектом, імідж наділяє своїх власників професійною впевненістю і комунікабельністю, дозволяючи найкращим чином проявитися професійним та діловим якостям сучасного фахівця. У зв'язку з цим актуальною стає проблема цілеспрямованого формування іміджу майбутніх спеціалістів в умовах вищих навчальних закладів.

В роботі ми використовували праці філософів, соціологів, психологів, педагогів, присвячені дослідженню особистості, проблем спілкування: І. Зимової, В. Кан-Каліка, А. Леонтьєва, В. Мясищева, А. Петровського, Є. Рогова та ін. У дослідженні були використані роботи, присвячені питанням професійного становлення соціального працівника: В. Бочаровій, Ю. Василькової, М. Галагузової, А. Мудрика, Ф. Мустаєвої, Р. Овчарової, В. Сластеніна, Є. Холостовой та ін.

Дослідження А. Петровського, М. Ярошевського, В. Шепель, Г. Почепцова та ін. стали основною джерельною базою для нашого дослідження у розробці теоретичних та методичних аспектів процесу формування іміджу майбутніх соціальних працівників.

Соціальний працівник є офіційною особою, яка виконує покладені на неї обов'язки, і яка представляє свою установу і державу. Від того, наскільки зовнішній вигляд та поведінка, мова соціального працівника, його професійні знання, уміння та навички в соціальній роботі відповідають загальноприйнятим правилам, залежать не тільки довіра до нього і ефективність роботи, але і громадська думка про соціальні служби та соціальну роботу.

Індивідуальний імідж сучасного фахівця належить до проблем мало досліджуваних у вітчизняній науці. Аналіз літератури засвідчив, що проблема формування іміджу майбутнього соціального працівника ще не стала предметом спеціальних досліджень.

Проблема іміджу виникла в науці відносно недавно. Історія виникнення даного феномена сходиться до поняття „публік рилейшнз”, що з'явилося в американському суспільстві в 30-і роки 20-го століття й означало дію заради суспільного блага. „Паблік рилейшнз” – це сфера наукового пізнання, що займається організацією комунікативного простору сучасного суспільства з метою гармонізації приватних і суспільних інтересів.

Розвитком іміджу в сучасному розумінні цього слова в 60-і роки ХХ століття зайнялися американські економісти. Саме поняття „імідж” ввів в ужиток Стенлі Болдуїн, обґрунтувавши його користь для успіху ділової людини і бізнесу в цілому. Л. Браун вважала, що необхідно розташовувати до себе людей – це є запорукою успіху [2]. Б. Джі поділяв імідж на зовнішній і внутрішній імідж – обидва ці поняття взаємопов'язані.

Вітчизняні фахівці розглядають імідж, як основний засіб впливу на соціум та досліджують технології іміджу (О. Феофанов, Г. Почепцов). Слово „імідж” одержало поширення у двох основних значеннях: як зовні спостережувальний вигляд та, як образ-подання-репутація.

Імідж – (від англійського слова image), в перекладі означає „образ” або „враження” – це цілісне представлення про образ, який залишається в свідомості людей, в їх пам'яті. Проте **імідж** – це образ, який людина спеціально вибирає для себе, створює та свідомо підтримує для різних цілей у житті.

Імідж можна розглядати як індивідуальний вигляд або ореол, створюваний засобами масової інформації, соціальною групою або власними зусиллями особистості з метою залучення до себе уваги.

Деякі вчені розглядають поняття імідж тільки стосовно до організації. Наприклад, маркетолог Ф. Котлер визначає імідж як „сприйняття компанії або її товарів суспільством”.

В роботі Н. Ушакової *поняття імідж* визначено як деякий синтетичний образ, який складається у свідомості людей щодо конкретної особи, організації чи іншого соціального об’єкта, містить в собі значний обсяг емоційно забарвленої інформації про об’єкт сприйняття і спонукає до певної соціальної поведінки [5].

Для сучасного фахівця будь-якої сфери все важливо – чого вона хоче і як виглядає, що вміє практично робити, наскільки володіє ораторською майстерністю й техніками впливу на інших, як освічена, наскільки компетентна, інноваційна.

На візуальний імідж фахівця впливають вербальні й невербальні засоби спілкування.

Вербальний імідж – це інформація про інтелект людини, який формується на підставі того, як і що вона говорить. Майбутньому соціальному працівникові корисно і необхідно володіти техніками і засобами вербального спілкування, в якому лексичний набір і тезаурус (лінгвістичний словник) складають головні елементи. До змісту „вербального іміджу” належать слова, написані і вимовлені, а також такі показники мовлення, як темп, інтонація, гучність, ритм, паузи та змістовні наголоси тощо. Все це сприймається в сукупності позитивно чи негативно і впливає на імідж сучасного фахівця.

До **невербальних засобів** варто віднести манеру поведінки людини, її зовнішність, а також виразні рухи: міміку, жести, погляд, позу, ходу, поставу, які в деяких ситуаціях мають особливе значення. Невербальне мовлення виявляє підсвідомі установки людини і не контролюється свідомістю, але це „мовлення” має суттєве значення у формуванні думки про неї, про її справжнє ставлення до того, що вона говорить і як ставиться до партнера по взаємодії.

Імідж – це певний образ особистості, в якому найяскравіше втілене те, як особистість виглядає, говорить, одягається, діє, як вона володіє собою у різних ситуаціях, яка постава, поза і мова тіла, аксесуари (П.Берд).

Імідж людини – це думка про неї у групи людей в результаті сформованого у їх психіці образу цієї людини, що виник внаслідок їх прямого контакту з цією людиною чи внаслідок отриманої про цю людину інформації від інших людей; власне, імідж людини – це те, як вона виглядає, насамперед, в очах інших людей [3].

В нашому дослідженні професійний імідж майбутнього соціального працівника визначено так: це *інтегрована якість особистості, що об’єднує в собі систему соціально-педагогічних знань,*

умінь і навичок соціального працівника, його особлива здатність до синтезу внутрішньої привабливості та духовності, що сприяють професійному та особистісному розвитку.

Таким чином, *імідж* – це *поліметричне явище*, функціонал якого різноманітний. Головне його призначення – досягти ефекту особистого тяжіння. Хто в повній мірі володіє функціями іміджу, тому притаманне такий стан, який називається магією очарування.

Дослідники пропонують три можливі підходи до класифікації іміджу:

1) *функціональний*, при якому виділяють різні його типи, виходячи з різного функціонування;

2) *контекстний*, при якому ці типи перебувають у різних контекстах реалізації;

3) *порівняльний*, при якому порівнюють близькі іміджі [5].

Ф. Джевкінз, прихильник функціонального підходу, пропонує наступні типи іміджу:

1. *Дзеркальний* – імідж, властивий нашому уявленню про себе. Ми ніби дивимося у дзеркало та розмірковуємо: „Які ж ми?”. Звичайно даний тип іміджу є позитивним, тому його негативним моментом буде мінімальне врахування думки з боку оточуючих.

2. *Поточний* – варіант іміджу, який є характерним для погляду з боку оточуючих. Формування даного типу іміджу враховує думку як окремої людини (клієнта, колеги, партнера і т.д.), так і всього трудового колективу.

3. *Бажаний* – тип іміджу відбиває те, до чого ми прагнемо.

4. *Корпоративний* – імідж організації в цілому, а не будь-яких окремих підрозділів або результатів її роботи. Для даного типу іміджу важливим є професійний стиль, репутація у серед населення, ступінь стабільності соціальної роботи як професії.

5. *Множинний* – даний варіант іміджу утвориться при наявності ряду незалежних структур замість єдиної корпорації [6].

Контекстний підхід до іміджу означає, що він повинен носити цілісний, узгоджений характер, враховувати умови реалізації, а не окремі риси – не суперечити один одному. Системний характер іміджу дозволяє за однією видимою рисою викликати в масовій свідомості відповідні характеристики. При цьому необов'язково ставити завдання завоювати загальну любов.

Англійська дослідниця Е. Семпсон виділяє, залежно від поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів, три види іміджу: 1)самоімідж, 2)імідж, що сприймається оточенням та 3)необхідний імідж. Ця типологія відбиває погляд на імідж із різних позицій: з боку свого „Я” і з боку інших людей, з боку реалій і з боку бажань.

Самоімідж формується з минулого досвіду й відбиває нинішній стан самоповаги, довіри до себе.

Імідж, який сприймається оточенням – це те, як нас бачать інші. Природно, що ця точка зору може відрізнятися від попередньої. Ми часто не знаємо, як до нас ставляться насправді, як реально про нас думають та говорять.

Необхідний імідж означає те, що ряд професій (ролей) вимагає певних іміджевих характеристик. У деяких випадках цьому сприяє тип одягу: військова форма, судова мантія, діловий костюм – все це іміджеві знаки, які вказують на виконавців конкретних ролей, вони ніби входять у необхідний набір символів, необхідних для виконання цих ролей.

Л. Мітіна вважає, що імідж професіонала – це складне утворення і пропонує такі його складові компоненти:

- зовнішні (зовнішність, манери, мова, голос, міміка, хода тощо);
- внутрішні (інтелект, спосіб мислення, ідеї, інтереси, ерудиція тощо);
- процесуальні (форми спілкування, темперамент, професіоналізм, виразність, темп, традиції);
- образ (який виникає під час спілкування з людиною і залишається після припинення контакту з нею) [4].

Фахівець-культуролог Н. Барна пропонує **структуру особистісного іміджу**, у якій провідні компоненти розташовані у від зовнішніх мінливих проявів до внутрішніх стабільних якостей. Структура особистісного іміджу містить у собі перш за все зовнішні сенсотворюючі ознаки, тобто ці цінності, які людина несе світу та оточуючим :

1. Зовнішній вигляд фахівця або його портретні характеристики:

- фізичні дані (зріст, вага, фігура),
- костюм (одяг, взуття, аксесуари),
- зачіска та манікюр,
- манера поведінки та мовлення,
- жести та пози;
- погляд і міміка,
- особливості голосу,
- запах, який йде від людини.

2. Іміджева символіка:

- ім'я,
- особисті символи (колір, числа, герб, логотип, марка),
- особиста атрибутика (деталі й ознаки зовнішнього вигляду, що повторюються),

- соціальні символи або символи соціального престижу (гроші, статус у суспільстві, професія, посада тощо).

3. Соціально-ролеві характеристики:

- репутація (громадська думка про людину, що ґрунтується на історії її життя, особистих досягненнях та заслугах),
- ампула (соціальна роль, яку виконує людина),

- місія (соціально важливі цілі та корисність суспільству);
- легенда (історія життя людини, представлена в іміджі);

Сучасний фахівець повинен орієнтуватися на потреби та інтереси тієї соціальної групи, думка якої є важливою для нього, тому соціальні характеристики, як правило, пов'язані з поточними ситуаціями та вимогами сьогодення. Спеціаліст соціальної сфери повинен постійно „тримати руку на пульсі”, враховувати зміни у соціальному житті, прогнозуючи інтереси та потреби завтрашнього дня. Тому, соціальні характеристики – це достатньо рухома частина іміджу спеціаліста, яка тісно пов'язана з вимогами сучасної реальності.

4. Індивідуально-особистісні властивості:

- професійно-важливі якості,
- домінуючі індивідуальні характеристики,
- стиль взаємостосунків з людьми,
- пропаговані ідеї,
- базові цінності.

Індивідуально-особистісні характеристики є вкрай стійкими та незмінними компонентами іміджу. Іншими словами, існує деякий постійний набір рис та якостей, який обов'язково повинен демонструвати спеціаліст соціальної сфери в своїй практичній роботі.

В цій структурі представлені властивості та ознаки, які можуть усвідомлюватися, як більш очевидні (зовнішні) та глибші – смислотворчі.

Імідж – це свого роду камуфляж, що створює у оточуючих людей те враження, якого потребує його носій. Імідж професіонала – це виборче поняття. Це зовнішність, форма життєвиявлення людини, завдяки якій „на люди” виставляються сильнопідіючі особистісно-ділові якості [1, с. 106-107].

Соціальна робота як професія вимагає ґрунтовної підготовки і постійного вдосконалення спеціалістів у цій галузі, формування їхнього іміджу. Поняття „іміджу” включає не тільки природні властивості особистості, а й спеціально напрацьовані, створені, воно пов'язане як з зовнішнім виглядом, так і з внутрішнім змістом людини, його психологічним типом.

Таким чином, процес формування професійного іміджу майбутніх соціальних працівників як фактора ефективності професійної діяльності повинен бути цілеспрямованим, а не стихійним. Висока духовність й особистісні якості фахівця є тією надійною базою, на підставі якої вибудовується професійний імідж соціального працівника.

Формування професійного іміджу майбутнього соціальних працівників повинне здійснюватися цілеспрямовано, у спеціально організованому навчальному процесі та на особистісному рівні. Необхідно активно залучати майбутніх фахівців до засвоєння професійних норм і цінностей, реалізації власного іміджу в соціально-педагогічній практиці.

Список використаної літератури

1. **Блажнов Е.** Имидж: секрет воздействия / Е. Блажнов // Журналист – 1994. – № 1. – С. 52-54. 2. **Браун Л.** Имидж – путь к успеху / Л. Браун – СПб. : Питер, 2001. – 95 с. 3. **Панасюк А. Ю.** Формирование имиджа: Стратегия. Психотехники, психотехнологии / А. Ю. Панасюк – М. : Омега-Л, 2007. – 266 с. 4. **Почепцов Г. Г.** Теория и практика коммуникации / Г. Г. Почепцов – М. : Рефл-Бук, 1998. – 416 с. 5. **Ушакова Н. В.** Имиджелогия: учеб. пособие / Н. В. Ушакова, А. Ф. Стрижова. – М. : Изд.-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. – 278 с. 6. **Чалдини Р.** Психология влияния. – СПб. : Литера, 2001. – 520 с.

Скоробогатов С. О. Теоретичні засади формування іміджу майбутнього соціального працівника

В статті розкривається зміст поняття імідж, як інтегрована якість особистості; проаналізовані погляди вітчизняних та зарубіжних науковців щодо іміджу; показано класифікація іміджу та охарактеризовані його типи: дзеркальний, поточний, бажаний, корпоративний тощо. В статті розкрито структура особистісного іміджу та його компоненти: зовнішній вигляд фахівця або його портретні характеристики, іміджева символіка, соціально-ролеві характеристики, індивідуально-особистісні властивості.

Ключові слова: імідж, вербальний та невербальний імідж, самоімідж, особистісний імідж, іміджева символіка.

Скоробогатов С. А. Теоретические принципы формирования имиджа будущего социального работника

В статье рассматривается содержание понятия имиджа, как интегративного качества личности; проанализированы взгляды отечественных и зарубежных ученых относительно имиджа; показана классификация имиджа и охарактеризованы его типы: зеркальный, текущий, желаемый, корпоративный и др. В статье раскрыта структура личностного имиджа и его компоненты: внешний вид специалиста и его портретные характеристики, имиджевая символика, социально-ролевые характеристики, индивидуально-личностные качества.

Ключевые слова: имидж, вербальный и невербальный имидж, самоимидж, личностный имидж, имиджевая символика

Skorobogatov S. Theoretical principles of forming of image of future social worker

The article reveals the meaning of image quality as an integrated personality, analyzed the views of domestic and foreign scholars on the image, shows the classification image and characterize its types: mirror type, current type, desired type, corporate type and more. In the article reveals the structure of personal image and its components: professional's appearance and his

characteristics portrait, image symbolism, social role performance, individual and personal property.

Key words: image, verbal and nonverbal image, self-image, personal image branding symbols.

УДК 364-78:316.774

А. М. Фролова

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ІНФОРМАЦІЯ ТА ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ

На сучасному етапі розвитку України одним з головних пріоритетів держави є прагнення побудувати орієнтоване на інтереси людей, відкрите для всіх інформаційне суспільство, в якому кожен міг би створювати і накопичувати інформацію та знання, мати до них вільний доступ, аби повною мірою реалізувати особистісний потенціал, підвищуючи якість життя та сприяючи суспільному прогресу.

Для гармонізації інтересів людини, суспільства та держави необхідно своєчасно, професійно, чітко та послідовно пояснювати сутність реформ, базуючись на об'єктивності, достовірності, повноті і точності інформації. Це допоможе підготувати суспільну думку до необхідності прогресивних змін.

Інформаційне забезпечення як особливий вид діяльності, все більш „набирає обертів” фактор сучасного соціального розвитку інтенсивно досліджується у зарубіжній та вітчизняній науці. За кордоном найбільший внесок у вивчення проблем інформатизації соціальної сфери, починаючи з кінця 1960-их років, внесли такі відомі автори як: Д. Белл, З. Бжезинський, Н. Вінер, М. Кастельс, Н. Луман, Є. Масуда, Е. Тоффлер, А. Турен, Ю. Хабермас та ін. Одночасно, серед сучасних зарубіжних авторів, які досліджують проблеми інформаційного забезпечення, найбільшу популярність набули роботи: І. Ансоффа, В. Алена, Г. Армстронга, Р. Дарендорфа, М. Джексона, Д. Данлопа, І. Перлакі, А. Фокса, Ф. Вебстера та ін. У вітчизняній науці, особливо інтенсивно з кінця 1980 - их років, значний внесок у розробку проблем феномена інформатизації в цілому внесли роботи філософів Р. Абдєєва, А. Елякова, А. Єршова, І. Мелюхіна, А. Ракитова, А. Урсула та інших авторів, що спеціалізуються в галузі дослідження методології сучасних інформаційних технологій. Тісна взаємодія фахівців в галузі інформатики, соціології громадської думки, соціальної комунікації та управління суспільством, що склалося в науці кінця ХХ -го століття, призвело до того, що сформувався новий науковий напрям, що отримав назву „соціальна інформатика”. Цей напрямок інтенсивно розвивається в публікаціях таких авторів як: В. Бредков, Т. Жукова, К. Колін, А. Соколов, І. Соколової, Б. Суслакова та ін. Одночасно, в останні роки у

соціальному забезпеченні інтенсивно розробляються проблеми соціального захисту, соціального забезпечення населення та його основних напрямів, що розглядаються як одна з найважливіших складових вдосконалення системи сучасного соціального розвитку. Дана проблематика розглядається в роботах А. Вельміцко, Г. Ліфінцева, Є. Маланьїна, Л. Манцурової, К. Новікової, Г. Осадчої, І. Топчія та ін. Аналіз наукових праць свідчить про недостатність вивчення специфіки поняття інформація та інформаційне забезпечення в соціальній роботі.

Мета статті – проаналізувати визначення поняття інформація та інформаційне забезпечення в соціальній роботі.

У сучасній філософії, теоретичних і практичних науках не існує однозначного трактування категорії „інформація”.

Як свідчать дослідження, сьогодні це визначення залежить від різних чинників (критеріїв), серед яких:

– конкретна галузь знань чи суспільного життя, в якій ведеться дослідження (предметна галузь суспільних відносин, організація управління соціальної системи тощо);

– характер завдань, для яких вводиться це поняття.

Подані у літературних джерелах визначення категорії інформації намагаються відобразити спочатку її філософську суть, а потім найважливіші властивості щодо сфери (галузі) суспільних відносин.

Існує думка, що з погляду праксеології, на практиці дуже часто неправомірно (нераціонально) встановлюють однозначність між даними та знаннями, відомостями, інформацією. На думку прихильників цієї теорії, дані (відомості) реєструють і відображають явища та події, що відбуваються, а інформація – результат переробки та аналізу даних на рівні індивідуального інтелекту, тобто їх усвідомлення конкретною людиною (результат аналітико-синтетичної обробки) [2].

Сьогодні, як загальний стандарт на загальному (абстрактному) юридичному рівні, категорія „інформація” визначена у статті 1 Закону України „Про інформацію”. Інформація – це документовані або публічно оголошені відомості про події та явища, що відбуваються у суспільстві, державі та навколишньому природному середовищі.

Інформація – абстрактне поняття, що має різні значення залежно від контексту. Походить від латинського слова «informatio», яке має декілька значень:

- роз’яснення;
- виклад фактів, подій;
- витлумачення;
- представлення, поняття;
- ознайомлення, просвіта [1].

Загальне поняття інформації подано у філософії, де під нею розуміють відображення реального світу.

Як філософську категорію її розглядають як один з атрибутів матерії, що відбиває її структуру. Погляд на інформацію з точки зору її

споживачів окреслює таке поняття: інформація – це нові відомості, які прийняті, зрозумілі і оцінені її користувачем як корисні.

Іншими словами, інформація – це нові знання, які отримує споживач (суб'єкт) у результаті сприйняття і переробки певних відомостей.

Існують також й інші, переважно несумісні між собою визначення поняття „інформація”. Але практично всі чисельні погляди на сутність інформації групуються навколо двох концепцій – атрибутивної та функціональної.

Найважливішими, з практичної точки зору, властивостями інформації є цінність, достовірність та актуальність.

Інформацію можна поділити на види за кількома ознаками:

За способом сприйняття

Для людини інформація поділяється на види залежно від типу рецепторів, що сприймають її.

- Візуальна – сприймається органами зору. Ми бачимо все довкола.

- Аудіальна – сприймається органами слуху. Ми чуємо звуки довкола нас.

- Тактильна – сприймається тактильними рецепторами.

- Нюхова – сприймається нюховими рецепторами. Ми відчуємо аромати довкола.

- Смакова – сприймається смаковими рецепторами. Ми відчуємо смак.

За формою подання

За формою подання інформація поділяється на такі види:

-Текстова – що передається у вигляді символів, призначених позначати лексеми мови;

-Числова – у вигляді цифр і знаків, що позначають математичні дії;

-Графічна – у вигляді зображень, подій, предметів, графіків;

-Звукова – усна або у вигляді запису передачі лексем мови аудіальним шляхом.

За призначенням

- Масова – містить тривіальні відомості і оперує набором понять, зрозумілим більшій частині соціуму.

- Спеціальна – містить специфічний набір понять, при використанні відбувається передача відомостей, які можуть бути не зрозумілі основній масі соціуму, але необхідні і зрозумілі в рамках вузької соціальної групи, де використовується дана інформація.

- Особиста – набір відомостей про яку-небудь особистість, що визначає соціальний стан і типи соціальних взаємодій всередині популяції.

Поширення інформації – це доведення її до відома хоча б одній особі у будь-який спосіб [5].

Під поширенням інформації розуміють:

- опублікування її у пресі, передання по радіо, телебаченню чи з використанням інших засобів масової інформації;
- поширення в мережі Інтернет чи з використанням інших засобів телекомунікаційного зв'язку;
- викладення в характеристиках, заявах, листах, адресованих іншим особам;
- повідомлення в публічних виступах, в електронних мережах, а також в іншій формі хоча б одній особі;
- вивішування (демонстрація) в громадських місцях плакатів, гасел, інших творів;
- розповсюдження серед людей листівок.

Повідомлення інформації лише особі, якої вона стосується, не є її поширенням. Також не є поширенням інформації викладення відомостей у листах, заявах, скаргах до правоохоронного органу особою, на думку якої порушено її право.

Поширення інформації може відбуватися у двох формах – фактичного твердження чи оціночного судження. Оціночними судженнями, за винятком наклепу, є висловлювання, які не містять фактичних даних, критика, оцінка дій, а також висловлювання, що не можуть бути витлумачені як такі, що містять фактичні дані, зокрема з огляду на характер використання мовно-стилістичних засобів (вживання гіпербол, алегорій, сатири) [4].

Змістом права на інформацію є можливість кожного вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію усно, письмово або в інший спосіб. Основу правового регулювання права на інформацію в Україні складає Конституція України. Конституційні гарантії права на інформацію закріплені у ст. 32, 34, 40 та 50.

Це право, як і більшість прав людини, не є абсолютним, тобто у деяких випадках його реалізація може бути обмежена. Перелік цих випадків наводиться у ст. 34 Конституції України [6].

Повсюдне впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій створило нові, унікальні можливості для масового активного й ефективного розвитку знань людини та суспільства.

Говорячи про інформаційне забезпечення, необхідно з'ясувати, що має бути забезпечено. Якщо мова йде про забезпеченість системи управління як сукупності інформації, то воно вичерпується, завершується, стає реальним з появою такої. Якщо ж мається на увазі забезпечення організованості системи управління, упорядкованості взаємодії, функціонування її компонентів, то під забезпеченням слід розуміти діяльність.

У науковій літературі доволі повне визначення інформаційного забезпечення в соціальному управлінні полягає в тому, що це поняття відображає комплекс взаємопов'язаних методів, заходів і засобів (науково-методичного, соціально-політичного, техніко-економічного й

організаційно-правового характеру), які реалізують створення й функціонування технології процесу збирання, передачі, переробки, зберігання та видачі (відображення), а також використання інформації з метою здійснення ефективної діяльності соціальних закладів.

Поняття „інформаційне забезпечення” більше відповідає розумінню забезпечення, як створення підтримки відповідних організаційно-функціональних характеристик системи управління. Таким чином, існують об’єктивні причини для виділення двох значень поняття „інформаційне забезпечення”: як забезпечення системи управління сукупністю інформації; як діяльність, що пов’язана із засобами збирання, реєстрації, передачі, зберігання, опрацювання та представлення інформації. Обидва значення поняття інформаційного забезпечення нерозривні. Отже, можна визнати, що інформаційне забезпечення діяльності соціальних закладів – це поєднання всієї використовуваної у ній інформації, специфічних засобів і методів її обробки, а також діяльності фахівців з її ефективного удосконалення та використання.

Інформаційне забезпечення охоплює систему руху й перетворення інформації, включаючи класифікаційні переліки всіх даних, методи їх кодування, зберігання та передачі. Розробка інформаційного забезпечення спрямована на використання технічних засобів управління для постачання необхідної інформації відповідним органам управління з метою організації, по-перше, безперервного процесу збирання, опрацювання, зберігання й пошуку інформації, а також передачі її на різні рівні соціальних закладів; по-друге, високої надійності та вірогідності інформації відповідно до встановлених вимог щодо збирання й опрацювання на кожному рівні діяльності соціальних закладів.

Велику роль у формуванні інформаційного забезпечення відіграє право. Адже відносини, що виникають у зв’язку з перетворенням інформації, носять суспільний характер. У цьому процесі беруть участь колективи працівників – це відносини з приводу того, як виробляється й використовується інформація, яка її якість, за допомогою яких засобів, носіїв вона перероблюється та ін.

Сама діяльність, що пов’язана з інформацією, – суть інформаційних відносин. І навпаки, інформаційні відносини – це діяльність суб’єктів і об’єктів діяльності соціальних закладів, яка пов’язана зі збиранням та використанням інформації.

В процесі виконавчо-розпорядчої діяльності соціальних закладів виникають різного роду відносини, які опосередковують пошук, збирання, систематизацію, обробку, передачу інформації. Вони стають частиною, елементом відносин, які складаються в процесі прогнозування, прийняття рішень, а також при здійсненні інших управлінських функцій.

На практиці для регулювання інформаційних відносин застосовуються звичні громадсько-правові чи адміністративно-правові форми.

Інформаційні відносини за способом регулювання поділяються на: організаційно-майнові, коли мова йде про довідково-інформаційне обслуговування; організаційно-управлінські, коли маються на увазі інформаційні потоки в сфері управління й координації керівництва народним господарством. Однак у нинішній час відбувається пошук специфічних засобів впливу на інформаційні відносини, що особливо помітно у зв'язку з розробкою проблем юридичної відповідальності в умовах використання сучасних інформаційних технологій.

Таким чином **інформаційне забезпечення** можна визначити як комплекс організаційних, правових, технічних і технологічних заходів, засобів та методів, котрі забезпечують у процесі управління і функціонування системи інформаційні зв'язки її елементів (суб'єктів і об'єктів) шляхом оптимальної організації інформаційних масивів баз даних і знань [3].

Подальшого дослідження потребують особливості регіонального та соціально-територіального функціонування інформаційного забезпечення діяльності соціальних установ.

Список використаної літератури

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lingvo.ua/uk/Search/uk-uk>. **2. Вступ** до інформаційної культури та інформаційного права / За ред. М.Я. Швеця та Р.А. Калюжного. – Ужгород : ІВА, 2003 – 240 с. **3. Кунєв Ю. Д.** Управління в митній службі: Підручник: За заг. ред. Ю. Д. Кунєва / Ю. Д. Кунєв. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 408 с. **4. Лидовский В. В.** Теория информации: Учебное пособие / В. В. Лидовский. – М. : Компания Спутник+, 2004. – 111 с. **5. Партыко З. В.** Современная парадигма науки об информации – информологии / З. В. Партыко // Научно-техническая информация. – Сер. 2. – 2009. – № 11. – С. 1-9. **6. Цимбалюк В. С.** Інформаційне право (основи теорії і практики) / В. С. Цимбалюк. – К. : „Освіта України”, 2010. – 388 с.

Фролова А. М. Визначення поняття інформація та інформаційне забезпечення в соціальній роботі.

В статті проаналізовано різні підходи до визначення поняття інформація. Розглянуті ознаки інформації: за способом сприйняття, за формою подання, за призначенням. Надається характеристика поняття інформаційне забезпечення яке відповідає сутності соціальної роботи.

Ключові слова: інформація, інформаційне забезпечення, соціальна робота.

Фролова А. М. Определение понятия информация и информационное обеспечение в социальной работе

В статье проанализированы различные подходы к определению

поняття інформація. Рассмотрены признаки информации: по способу восприятия, по форме представления, по назначению. Дается характеристика понятия информационное обеспечение которое соответствует сущности социальной работы.

Ключевые слова: информация, информационное обеспечение, социальная работа.

Frolova A. Definition of information and information support in social work

The article analyzes the various approaches to the definition of information. Considered signs of information: according to the method of perception, in the form of presentation, by appointment. The characteristic of the notion of information provision that corresponds to the essence of social work.

Key words: information, information technology, social work.

УДК 37. 091. 12 : 36 - 051

К. Л. Хвостова

СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

В умовах радикальної соціально-політичної трансформації нашого суспільства, коли відновлюється державність, відродження багатогранного культурно-історичного досвіду та традицій національного виховання надзвичайно активізувалася проблема духовного і фізичного розвитку молодого покоління, становлення його як соціальної особистості. Як здоров'я населення віддзеркалює минуле та сьогодення країни, так і її майбутнє безпосередньо залежить від здоров'я молоді.

Сьогодні досить гостро постає необхідність розробки і запровадження конкретних дій, спрямованих на покращення здоров'я молоді. Одним із ефективних шляхів вирішення цього завдання є створення умов для формування здорового способу життя молодих людей через сприйняття ідеалу і норм здорового, багатоманітного та щасливого життя кожного з них і усвідомлення негативного впливу наркотичного, токсичного, алкогольного, нікотинного отруєння на організм, психіку тощо.

Аналіз наукових праць свідчить про відсутність однозначного підходу до проблеми формування здорового способу життя. Проте різні визначення, класифікації здоров'я, здорового способу життя в цілому не суперечать одне одному, а навіть взаємодоповнюють, взаємопідкреслюють і дозволяють розглядати їх з різних позицій. Так,

різні напрями виховної роботи в школі по формуванню здорового способу життя розробляли Г. І. Власюк, О. Д. Дубогай, В. Г. Кузь, С. О. Свириденко, А. Л. Турчак; психологічні особливості виховання особистості розглядали І. Д. Бех, Н. Ю. Максимова, С. К. Масгутова, І. В. Нікітіна, Р. Ф. Пасічняк, І. М. Романишин, М. В. Савчин, Л. С. Ульяницька; питанням формування ціннісних орієнтацій особистості приділяли увагу С. В. Лапаєнко, О. Ф. Турянська, К. Н. Шамлян; становлення соціальної активності молоді знайшло відображення у працях К. М. Власова, В. П. Землянхуна, М. С. Китаєва, О. Г. Карпенко, Н. Д. Пономарчука тощо.

Реалізація здоров'ясприяючого напрямку соціально-педагогічної діяльності, необхідність змістового, технологічного й інструментального забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я молоді висувають адекватні своїм цілям і завданням вимоги до фахівців, які покликані їх здійснювати. Це актуалізує питання готовності фахівців соціальної сфери до такого напрямку діяльності як формування здорового способу життя молоді, котрий дієво може реалізуватися лише через відповідну професійну освіту. Водночас, слід зазначити, що питання професійної підготовки соціального працівника до сприяння формуванню здорового способу життя молоді ще не стало предметом спеціального системного наукового дослідження. Саме тому **метою** нашої статті є розкриття складових професійної готовності соціальних працівників до формування здорового способу життя молоді та обґрунтування їх змістовних компонентів.

Для нашого дослідження важливе значення мають різні підходи до визначення поняття „професійна готовність”. Професійну готовність розуміють як: установку (Д.Н. Узнадзе та ін.); активний (тимчасовий) стан особистості, що викликає діяльність (В.П. Безухов, Н.І. Кузнєцова та ін.); сукупність професійно обумовлених вимог до фахівця (І.Ф. Ісаєв, Є.Н. Шиянов та ін.); складне структурне утворення, систему професійно значимих якостей, мотивів, компетентності, умінь (К.М. Дурай-Новакова, І.А. Колесникова та ін.); сутнісний компонент професійної компетентності (Ю.В. Койнова, А.І. Міщенко та ін.); результат професійної підготовки (В.І. Данильчук, В.О. Сластенін та ін.).

Проаналізуємо деякі з них. У своєму науковому дослідженні П. І. Матвієнко розглядає готовність до конкретної діяльності як систему, що містить два складники – операційний (синтез знань, умінь і навичок) та мотиваційний (потреби, інтереси, установки їх використання) [6]. Формування готовності М. О. Малькова розуміє як орієнтування освіти на розвиток психологічних і творчих здібностей особистості до майбутньої професійної діяльності, формування й розвиток у майбутнього фахівця професійних знань, умінь і навичок [1].

Польський учений К. М. Дурай-Новакова вважає, що змістом готовності є єдність прагнень активно, творчо й самостійно виконувати професійні завдання, почуття відповідальності за свою поведінку як

педагога та настанови на повне використання з початком практичної роботи якостей, знань, умінь і навичок, отриманих раніше [1].

Діяльність з формування здорового способу життя молоді, на нашу думку, спрямована на розкриття та досягнення повної реалізації всіма людьми потенціалу їхнього здоров'я, розвиток кожного індивіда в контексті його життєвих та загальнолюдських цінностей, підвищення контролю особистості над своїм здоров'ям і його факторами, зміцнення й охорону здоров'я людей упродовж усього їхнього життя, досягнення благополуччя і особистості, і спільнот, до яких вона входить [1].

Спираючись на наукові дослідження вчених [2; 6], поняття „професійна готовність фахівця до формування здорового способу життя молоді” ми розуміємо як: сукупність науково-теоретичної (наявність системи структурованих соціально-педагогічних знань), практичної (сформованість комплексу вмінь та навичок), психологічної (стійка установка на діяльність та позитивне ставлення до неї) та психофізичної (наявність професійно-значущих якостей особистості) готовності майбутнього фахівця до здійснення здоров'язберігаючої та здоров'яформуючої діяльності у процесі соціальної роботи; наявність у нього сукупності навчально-пізнавальної, культурної, інформаційної й комунікативної компетенції, ціннісного ставлення до власної професійної діяльності, яке є стимулом для успішного виконання своїх професійних функцій.

Організація підготовки студентів до здійснення діяльності з формування здорового способу життя молоді неможлива без визначення більш-менш чітких критеріїв результативності такої підготовки.

Основою для визначення таких критеріїв є складові професійної готовності як інтегративної, системної характеристики, яка включає:

1. Ціннісно-змістовну готовність, що характеризується усвідомленою позитивною мотивацією до професії в поєднанні з компетентним уявленням про неї (її зміст, соціальну й особистісну значимість), усвідомленням цінності людини (гуманістичні настанови), соціальної та індивідуальної цінності її здоров'я, стійкого інтересу до популяризації відповідального ставлення до здоров'я, сформованістю переконань у необхідності такої роботи;

2. Інструментально-технологічну готовність, що характеризується, як мінімум, достатнім ступенем володіння професійним інструментарієм, сформованістю комплексу професійних умінь, здатностей, й у свою чергу включає:

– *когнітивний компонент* – сформованість наукового уявлення про здоров'я людини, його складові, здоровий спосіб життя, фактори ризику, механізми та наслідки їх шкідливого впливу на здоров'я, фактори мінімізації такого впливу; наявність системи наукових знань про психолого-педагогічні, соціально-психологічні особливості та спосіб життя різних груп населення, що виступають реальними чи потенціальними об'єктами роботи зі сприяння здоров'ю;

– *операційний компонент* – володіння вміннями та навичками фізичного самовдосконалення; володіння різноманітними технологіями роботи зі сприяння покращенню здоров'я (лекції, бесіди, тренінги, соціальна реклама, дискусійні клуби, культурно-дозвіллієві програми тощо); сформованість комунікативної культури (володіння засобами вербального та невербального спілкування, інструментарієм індивідуальної й групової комунікації, уміння встановлювати контакт з аудиторією, будувати взаємини, взаємодіяти з різними об'єктами й суб'єктами соціально-педагогічної діяльності з формування відповідального ставлення до здоров'я);

3. Етико-поведінкову готовність, що характеризується сформованістю стійких переконань у етичній цінності такого феномену як здоров'я, свідомих стійких настанов на дотримання здорового способу особистого життя, на дотримання етичності цілей, змісту та засобів роботи по сприянню здоров'ю, морально-етичних норм професійної діяльності;

4. Оцінно-рефлексивну готовність, що характеризується сформованістю адекватної професійної Я-концепції в поєднанні зі стійкою мотивацією до аналізу й оцінювання процесів, явищ і результатів професійної діяльності, до самоаналізу, професійного самовдосконалення, розвитку своїх творчих здібностей; сформованістю системного уявлення про вимоги до особистісно-професійних характеристик спеціаліста, що здійснює роботу зі сприяння покращенню здоров'я, стійкою мотивацією до самооцінки своєї професійної підготовленості та її відповідності до оптимальних професійних зразків цього напрямку професійної діяльності.

5. Управлінську готовність, що полягає в здатності й умінні майбутніх фахівців прогнозувати, планувати, організовувати, контролювати й аналізувати процес і результат власної професійної діяльності [6].

Система вищезазначених компонентів одночасно відіграє роль цільових орієнтирів, змістовного алгоритму, діагностичного інструментарію в системі підготовки працівника до роботи з формування здорового способу життя молоді.

Соціальні працівники, в силу своїх професійних можливостей, мають змогу поєднувати створення соціально-педагогічних умов для розвитку людини та одночасно посилювати в них зміст соціального виховання. Будь-яка діяльність, у тому числі і спрямована на сприяння покращенню здоров'я, безперечно, може сформуватися за умов наявного органічного поєднання трьох її аспектів – мотиваційного, змістового і особистісного.

Мотиваційний аспект готовності складає основу для реалізації інших її структурних компонентів, виступає як передумова сформованості певних якостей особистості, стимулює умови її подальшого вдосконалення, підтримує ціннісні орієнтації, наближує

працівника соціальної сфери до успішної професійної роботи. Цей аспект готовності відображає цільову установку фахівця, установку на здоров'язберігаючу та здоров'розвиваючу діяльність.

У структурі *змістового* аспекту готовності виділяються окремі знання й уміння, необхідні працівнику соціальної сфери для реалізації професійних функцій у певній царині діяльності. Від рівня професійних знань і умінь безпосередньо залежить результат роботи. Знання й уміння дозволяють фахівцю швидко вирішувати завдання, які виникають під час роботи, планувати свою діяльність, здійснювати й оцінювати її результати. Серед найважливіших умінь, потрібних організатору чи виконавцю діяльності, спрямованої на сприяння покращенню здоров'я, можна виділити такі уміння: аналітико-діагностичні, гностичні, рефлексивні, конструктивно-прогностичні, комунікативні, організаторські.

Особистісний компонент представлено найбільш важливими професійно-особистісними якостями соціального працівника чи іншого задіяного фахівця, що визначають позицію і спрямованість працівника як особистості, індивіда та суб'єкта діяльності, є необхідними для здійснення впливів, націлених на формування відповідального ставлення до здоров'я.

Для того, щоб соціальний працівник (чи інший фахівець) міг на належному рівні виконувати функції щодо сприяння здоров'ю, він повинен:

- мати життєву позицію, котра визначається ціннісним ставленням до здоров'я і потребою його збереження і зміцнення;
- володіти якостями, які забезпечують професійну придатність: емпатією, доброзичливістю, відкритістю, конкретністю, комунікабельністю, ініціативністю, почуттям постійності й ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- мати здатність до саморегуляції відповідно прийнятним нормам, правилам, ситуаціям; до планування свого життя і реалізації задуманого тощо [3].

Чи кожен спеціаліст із соціальної роботи зможе зацікавити своїх клієнтів у відповідальному виборі здорового способу життя? Так, зможе, за умов власної позитивної життєвої позиції щодо цієї проблеми, наявності знань, умінь, навичок та якостей організатора, координатора спільної діяльності найближчого оточення клієнта.

Про сформованість готовності майбутніх соціальних працівників до роботи з молоддю щодо формування здорового способу життя на думку дослідниці Н. В. Заверико, свідчить:

- по-перше, оволодіння студентами знаннями щодо понять „здоров'я”, „здоровий спосіб життя”, „якість життя”; „механізмами збереження та зміцнення здоров'я”, шляхами забезпечення тривалого активно-творчого життя;

– по-друге, формування валеологічного світогляду – формування системи відповідних переконань особистості і почуття обов'язку і відповідальності за своє здоров'я і спосіб життя, спрямований на оздоровлення організму, розкриття його резервних можливостей;

– по-третє, формування умінь та навичок попередження захворювань, функціональних зрушень, шкідливих звичок; психопрофілактики емоційних зривів, стресів та депресивних станів;

– по-четверте, здійснення активної превентивної роботи та організації інтерактивних форм навчання підлітків та молоді здоровому способу життя [6].

Таким чином, готовність майбутніх соціальних працівників до формування здорового способу життя молоді є однією з важливих передумов його успішної професійної діяльності, але перш ніж він буде працювати з конкретними клієнтами у цьому напрямі він повинен оволодіти системою професійних знань щодо формування здорового способу життя, особисто дбати про власне здоров'я та мати розвинений валеологічний світогляд.

Список використаної літератури

1. Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. 14-16 листопада 2007 р. / За ред. А. Конончук. – Ніжин: Видавництво НДУ ім. М.Гоголя, 2007. – 263 с. **2. Грицюк Л. К.** Формування здоров'язберігаючої компетентності в майбутніх соціальних педагогів / Л. К. Грицюк, А. В. Лякішева // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – 2010. – № 13. – С. 143–146. **3. Гусак П. М.** Відповідальне ставлення до здоров'я : теорія та технології: монографія / П. М. Гусак, Н. В. Зимівець, В.С. Петрович; за ред. П. М. Гусака. – Луцьк : ВАТ „Волиньоблдрукарня”, 2009. – 252 с. **4. Навчання** здоров'я : просвітницька робота з підлітками щодо збереження, розвитку та зміцнення репродуктивного здоров'я : навч. посіб. / Н. В. Зимівець, В. С. Петрович, О. Ю. Закусило. – Луцьк, 2010. – 360 с. **5. Педагогика** : учеб. пособие для студентов пед. учеб. заведений / В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев, А. И. Мищенко, Е. Н. Шиянов. – М. : Школа-Пресс, 1998. – 512 с. **6. Підготовка** соціальних працівників до формування здорового способу життя дітей та молоді: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Черкаси : Видавництво ЧНУ ім. Богдана Хмельницького, 2006. – 220 с.

Хвостова К. Л. Складові професійної готовності майбутніх соціальних працівників до формування здорового способу життя молоді

В статті проаналізовано поняття „професійної готовності”, розкрито зміст компонентів готовності майбутніх соціальних працівників до формування здорового способу життя молоді, а саме: ціннісно-

змістовна готовність; інструментально-технологічна готовність, її когнітивний та операційний компоненти; етико-поведінкова, оцінно-рефлексивна та управлінська готовність.

Ключові слова: професійна готовність, здоровий спосіб життя, формування здорового способу життя молоді.

Хвостова К. Л. Составляющие профессиональной готовности будущих социальных работников к формированию здорового образа жизни молодежи

В статье проанализированы понятия „профессиональной готовности”, раскрыто содержание компонентов готовности будущих социальных работников к формированию здорового образа жизни молодежи, а именно: ценностно-смысловая готовность; инструментально-технологическая готовность, ее когнитивный и операционный компоненты; этико-поведенческая, оценочно-рефлексивная и управленческая готовность.

Ключевые слова: профессиональная готовность, здоровый образ жизни, формирование здорового образа жизни молодежи

Hvostova K. Constituents of future professional social workers to a healthy lifestyle of young people

This paper analyzes the concept of „professional readiness”, the content of the components of future social workers to a healthy lifestyle of young people, namely value-informative readiness, instrumental and technological readiness of cognitive and operational components, ethical behavior, evaluative, reflective and management preparedness.

Key words: professional readiness, healthy lifestyle, a healthy lifestyle of young people.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ КЛІЄНТІВ

УДК 364. 63 – 027. 553 – 055. 2

О. Г. Безкоровайна

ДІЯЛЬНІСТЬ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ З ЖІНКАМИ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСИЛЬСТВА В СІМ'І

Проблема викорінення насильства в сім'ї є актуальною для нашої країни і кожного громадянина, оскільки її суть у порушенні прав людини і прав члена родини у сім'ї, які гарантуються кожному громадянину Конституцією України незалежно від віку, статі чи соціального становища. Сім'я повинна бути для кожного з її членів, зокрема для жінок, „колискою демократії”, а не насильства, надавати безпеку, затишок, радість, наснагу до діяльності, життя, спілкування, що є можливим тільки за умови відсутності у ній насильства та будь-яких його видів і проявів. На практиці це не завжди має місце, і численні факти свідчать про поширення в Україні гендерного насильства. Жінки потерпають від насильства вдома, на роботі, на вулиці. Насильство над жінками – це глобальна соціальна проблема, яка знижує статус жінок у суспільстві та робить їхнє життя постійно небезпечним. Воно перешкоджає дотриманню рівності та поваги прав жінок як в Україні, так і в усьому світі.

За офіційними статистичними даними на Національну „гарячу лінію” протягом 2013 року звернулася 8001 особа з приводу вчинення над ними насильства, з них 68,8 % – жінки та 31,2 % – чоловіки. 12,3 % усіх дзвінків стосуються насильства в сім'ї, з них: 51,9 % – фізичне насильство, 35,0 % – психологічне насильство, 7,6 % – економічне насильство та 5,5 % – сексуальне насильство. 0,8% від загальної кількості дзвінків пов'язані з екстремими випадками вчинення домашнього насильства [2].

Щороку кількість осіб, які перебувають на обліках у відділах МВС України за вчинення насильства в сім'ї, зростає, зокрема у 2011 році загальна кількість осіб, яка перебувала на обліку в міліції за вчинення насильства в сім'ї складає 104892 тис. осіб, з них жінки, які вчинили насильство до одного з членів сім'ї – 7212 осіб, а чоловіки – 97260 осіб. У 2012 році загальна кількість осіб, які перебували на обліку за вчинення насильства в сім'ї складає 109468, з них жінки, які вчинили насильство в сім'ї – 7920 осіб, а чоловіки – 101105 осіб. Статистичні дані за 2013 рік свідчать, що загальна кількість осіб, які перебували на обліку за скоєння насильства в сім'ї складає 111094 тис. осіб, з них жінки, які скоїли насильство в сім'ї – 8283, а чоловіки – 102149 осіб.

За даними Міністерства соціальної політики України, у 2013 р. надійшло 84 989 звернень щодо насильства в сім'ї, з них від жінок – 71 714. Кількість осіб, які перебувають на обліку з приводу вчинення насильства в сім'ї становить 111094 осіб [4, с. 7].

Отже, насильство в сім'ї в Україні, як по відношенню до жінок, так і стосовно чоловіків, є актуальною проблемою про що свідчать статистичні дані. Але все ж таки значно переважає кількість жінок, які постраждали від насильства в сім'ї в порівнянні з чоловіками, стосовно яких були застосовані насильницькі дії в родині і ця тенденція зберігається і зростає кожного року.

Питанню насильства в сім'ї як виду присвятили свої роботи такі науковці та дослідники як: І. Зверева, Г. Лактіонова, І. Трубавіна, О. Безпалько, В. Оржеховська, А. Капська. У них відображені наукові підходи до трактування поняття насильства в сім'ї, соціально-педагогічної профілактики, визначення основних цілей, видів, змісту, об'єкту та предмету діяльності, аналіз форм та методів роботи з даною категорією клієнтів. Питання відповідальності за вчинення насильства в сім'ї розглядалося багатьма українським вченими-правниками, серед яких О. Бандурка, А. Блага, В. Брижик, О. Ковальова, К. Левченко, О. Руднева, Г. Христова та інші. Питанню соціальної реабілітації осіб, які постраждали від насильства в сім'ї присвятили свої роботи такі науковці як І. Зверева, Л. Коваль, С. Хлебик, І. Трубавіна, С. Архипова, Г. Майборода та інші. Вони обґрунтували основні принципи, види та етапи реалізації соціальної реабілітації осіб, постраждалих від насильства в сім'ї.

На сучасному етапі в Україні сформована ґрунтовна нормативно-правова база щодо попередження насильства в сім'ї та здійснення соціальної роботи з жертвами сімейного насилля, яка прийнята у відповідності до міжнародних норм і стандартів. Основними нормативно-правовими актами, які визначають засади соціальної роботи з жертвами сімейного насильства є Конституція України, Сімейний, Кримінальний та Адміністративний кодекси України, Закони України „Про попередження насильства в сім'ї” та „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю” [4, с. 15].

Проаналізувавши Закон України „Про попередження насильства в сім'ї” та інші нормативно-законодавчі ми з'ясували, що вони не передбачають обов'язковості створення кризових центрів для осіб, які постраждали від насильства в сім'ї. Найчастіше установами, які надають допомогу жінкам-жертвам насильства є кризові центри для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення; центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї; соціальні центри матері та дитини. Тому метою статті є розкриття змісту діяльності державних соціальних служб, що працюють з жінками, які постраждали від насильства в сім'ї та надають їм соціальні послуги [4, с. 22].

Основний обсяг повноважень щодо надання допомоги жертвам насильства в сім'ї покладено на кризові центри. **Кризові центри для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення**, – це спеціалізовані установи для осіб, які вчинили насильство в сім'ї, та жертв такого насильства. Кризові центри створюються місцевими державними адміністраціями за поданням спеціально уповноваженого органу виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї відповідно до соціальних потреб регіону. Вони також можуть створюватися органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями, благодійними фондами, об'єднаннями громадян і окремими громадянами за погодженням із спеціально уповноваженим органом виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї і реєструються в порядку, визначеному законом [5].

Повноваження кризових центрів виписані лише у Законі „Про попередження насильства в сім'ї” і лише через повноваження працівників таких центрів. Відповідно до ст. 8 Закону України „Про попередження насильства в сім'ї” працівники кризових центрів у контексті надання допомоги жертвам насильства в сім'ї уповноважені [3]:

- здійснювати прийом членів сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї;
- організувати надання необхідної психологічної, педагогічної, медичної, юридичної допомоги членам сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї;
- надавати відповідно до можливостей надають притулок для тимчасового перебування членам сім'ї, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї;
- повідомляти членів сім'ї, де виникає реальна загроза вчинення насильства в сім'ї або де було вчинено насильство в сім'ї, про права, заходи і послуги, якими вони можуть скористатися;
- повідомляти службу дільничних інспекторів міліції чи кримінальну міліцію у справах дітей про виявлені факти реальної загрози застосування насильства в сім'ї або про факти вчинення такого насильства;
- забезпечувати збереження конфіденційної інформації щодо осіб, які звернулися до кризового центру про допомогу.

Відповідно до ст. 8 Закону України „Про попередження насильства в сім'ї”, Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.01.2004 р. № 38 „Про затвердження заходів щодо виконання Закону України „Про попередження насильства в сім'ї”, та „Примірного положення про центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї” наступною установою, яка працює з жінками-жертвами насильства є **центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї** – структурний підрозділ лікувально-профілактичного закладу охорони

здоров'я, діяльність якого спрямовано на відновлення та збереження психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, рівня соціального функціонування осіб, які зазнали насильницьких дій [3].

Основним завданням центру є медико-соціальна реабілітація жертв насильства. Центр створює відповідні умови для реабілітації жертв насильства і за медичними показаннями направляє їх для відповідного подальшого лікування у профільні заклади охорони здоров'я.

Повноваження центру:

- визначає соматичний стан жертви насильства та надає первинну медико-санітарну допомогу;
- проводить психологічне обстеження жертви насильства з метою розробки раціональної та ефективної індивідуальної програми реабілітації;
- забезпечує психіатричний огляд жертви насильства з метою діагностики психічних розладів та розладів поведінки згідно із Законом України „Про психіатричну допомогу”;
- забезпечує діагностичні, лікувально-профілактичні (в тому числі психотерапевтичні, психокорекційні та тренінгові тощо) заходи в межах індивідуальної реабілітаційної програми;
- організовує надання юридичних консультацій;
- повідомляє про вчинення насильства у сім'ї служби дільничних інспекторів міліції чи кримінальної міліції у справах дітей;
- надає інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів;
- проводить інформаційно-просвітницьку роботу з питань організації спеціалізованої медичної допомоги особам, що зазнали насильства та їх реабілітації;
- надає Міністерству охорони здоров'я інформацію про обсяги проведеної ним роботи для узагальнення (щорічно).

Відповідно до завдань, центр також здійснює:

- узагальнення причин і наслідків психічних, травматичних і соматичних захворювань у жертв насильства;
- впровадження сучасних медичних та психологічних технологій, ефективних методів діагностики, психотерапії та психокорекції у співпраці з науково-дослідними установами;
- впровадження державних, національних, грантових, громадських та інших програм, спрямованих на допомогу жертвам та профілактику насильства в сім'ї;
- співробітництво з іншими державними і громадськими організаціями та установами, що займаються допомогою жертвам та попередженням насильства в сім'ї [4].

Дані центри створюються відповідно до законодавства, що регламентує створення закладів охорони здоров'я. Центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї в основному

створюються та функціонують в системі діючих закладів охорони здоров'я.

Науково-методичне забезпечення здійснює Міністерство охорони здоров'я України через Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

У центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї поміщаються жертви насильства в сім'ї (з їхньої згоди або на їхнє прохання) на підставі рішення медичної комісії центру. Щодо неповнолітніх членів сім'ї необхідна згода одного з батьків, усиновителів, опікуна чи піклувальника у разі, якщо вони не зазнали насильства від одного з них, або органу опіки і піклування.

Відповідно до Типового положення про центр соціально-психологічної допомоги, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2004 р. N 608 **центр соціально-психологічної допомоги** – заклад, що утворюється місцевим органом виконавчої влади та органами місцевого самоврядування і надає соціальні послуги особам, які опинилися у складних життєвих обставинах, до яких належать і жертви насильства в сім'ї [6].

Основними завданнями центру є надання невідкладної комплексної допомоги (психологічних, соціально-побутових, соціально-педагогічних, соціально-медичних, інформаційних і юридичних послуг тощо) особам, які опинилися у складних життєвих обставинах, що сприятиме якнайшвидшому їх поверненню до нормальних умов життєдіяльності.

Центр відповідно до покладених на нього завдань:

1) надає в умовах цілодобового стаціонару допомогу та тимчасовий притулок особам, які опинилися у складних життєвих обставинах і потребують тимчасового притулку, у разі відсутності у зазначених осіб засобів до існування, а також забезпечує їх харчуванням.

2) надає соціальні послуги таким особам шляхом консультування за допомогою телефонного зв'язку, а також в умовах денного стаціонару без забезпечення тимчасовим притулком і харчуванням;

3) надає консультації з питань застосування норм законодавства, допомогу в оформленні документів, забезпечує захист та реалізацію прав дітей, молоді та сімей, зокрема шляхом представлення їх інтересів перед третіми особами;

4) проводить оцінку потреб осіб, які звернулися до центру, складає разом з ними індивідуальний план заходів щодо усунення складних життєвих обставин з установленням строку його виконання;

5) проводить психологічну діагностику з метою психологічної корекції, реабілітації та адаптації;

6) надає посередницькі послуги під час здійснення діагностичних заходів, у разі потреби здійснює профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи, подає першу невідкладну допомогу у разі нещасного випадку;

- 7) сприяє працевлаштуванню, влаштуванню на навчання;
- 8) надає інформацію про графік роботи структурних підрозділів органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій різних форм власності, взаємодіє з ними при розв'язанні проблем осіб, які звернулися до центру;
- 9) інформує центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання особи, яка звернулася до центру, про необхідність надання їй подальшої соціальної підтримки;
- 10) порушує перед відповідними органами клопотання про застосування передбачених законодавством санкцій до фізичних та юридичних осіб у разі недотримання ними законодавства стосовно захисту прав, свобод та законних інтересів осіб, що тимчасово проживають у центрі [6].

Прийняття осіб та подання їм необхідної допомоги здійснюється центром цілодобово. Зарахування до центру осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах, здійснюється згідно з наказом директора центру, що видається на підставі:

- письмової заяви особи (у разі звернення сім'ї – особистої заяви всіх повнолітніх її членів), яка звернулася до центру, за наявності документа, що посвідчує особу, та виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (облікова форма N 027/о);
- письмового клопотання місцевого органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування або центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання особи чи сім'ї.

У разі відсутності документа, що посвідчує особу, виписки з медичної карти центр разом з відповідним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання особи, яка звернулася до центру, надає допомогу в їх оформленні.

До центру не приймаються особи, які перебувають у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння; із симптомами хвороби в гострому періоді або в період загострення хронічних захворювань; психічно хворі; що потребують постійного стороннього догляду і не в змозі самотійно себе обслуговувати.

Максимальний строк перебування особи у центрі становить 90 діб.

Координацію діяльності центрів здійснює Держсоцслужба, а контроль та організаційно-методичне забезпечення їх діяльності – відповідно республіканський (Автономної Республіки Крим), обласні, Київський та Севастопольський міські центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді [4; 6].

Відповідно до Типового положення про соціальний центр матері та дитини, затвердженого Постановою КабМіну від 8 вересня 2005 р. № 879 **соціальний центр матері та дитини** – заклад тимчасового проживання жінок на сьомому-дев'ятому місяці вагітності та матерів з дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинилися в складних

життєвих обставинах, що перешкоджають виконанню материнського обов'язку [7].

Метою діяльності центру є проведення соціальної роботи, спрямованої на профілактику соціального сирітства (покинуті батьками діти), з особами, що тимчасово проживають у центрі.

Основні завдання центру [1; 7]:

- надання безоплатних психологічних, соціально-педагогічних, правових, соціально-економічних, соціально-медичних, соціально-побутових та інформаційних послуг особам, що тимчасово у ньому проживають, та забезпечення їх харчуванням;
- створення належних психолого-педагогічних і житлово-побутових умов для забезпечення нормальної життєдіяльності осіб, що тимчасово у ньому проживають;
- сприяння здобуттю особами, що тимчасово у ньому проживають, освіти, фаху, навичок самостійного життя з дитиною поза межами центру, захист їх прав та інтересів.

Центр утворюється місцевим органом виконавчої влади або органом місцевого самоврядування. Координацію діяльності центрів здійснює Держсоцслужба, а контроль та організаційно-методичне забезпечення їх діяльності – відповідно республіканський (Автономної Республіки Крим), обласні, Київський та Севастопольський міські центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Прийняття осіб до центру здійснюється цілодобово. Зарахування до центру здійснюється згідно з наказом директора центру на підставі:

- письмової заяви вагітної жінки (матері);
- направлення відповідного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Для зарахування до центру подається документ, що засвідчує особу, медична довідка про стан здоров'я, а в разі прийому матері з дитиною – також медична довідка про народження дитини.

У разі відсутності зазначених документів центр разом з відповідним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання жінки надає допомогу в їх оформленні.

До центру не можуть бути зараховані особи:

- за наявності у них алкогольної або наркотичної залежності;
- із симптомами хвороби в період загострення хронічних інфекційних захворювань.

Після вибуття з центру особа, що тимчасово в ньому проживала, може бути взята (за її згодою) під соціальний супровід центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання [7].

Таким чином проаналізувавши зміст діяльності кризових центрів для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення; центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї; соціальних центрів матері та дитини ми з'ясували, що

в Україні на сучасному етапі відсутні спеціалізовані заклади у сфері попередження гендерно обумовленого насильства, які працюють саме з жінками – жертвами сімейного чи іншого насилля, а їх функції виконують різні державні установи в рамках надання соціальних послуг клієнтам, які опинилися у складних життєвих обставинах. Це обумовлено перш за все недосконалістю нормативно-правової бази щодо захисту жінок від сімейного насильства, і ця проблема потребує подальшого вирішення за допомогою удосконалення вітчизняного законодавства та розвитку розгалуженої системи не тільки спеціалізованих державних соціальних служб, які працюють з жінками-жертвами сімейного насильства, а й можливо, установ недержавного сектору, що допоможе більш ефективно вирішувати проблеми такої категорії клієнтів як жінки, постраждалі від насильства.

Список використаної літератури

1. Власов П. О. Насильство в сім'ї та соціальна робота із сім'ями, в яких чиниться насильство : [інформаційно-практичний посіб.] / П. О. Власов. – Дніпропетровськ : Дніпропетровська міська громадська організація „Жіночий інформаційно-координаційний центр”, 2006. – 138 с. **2. Державна** служба статистики України: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua/>. **3. Закон** України „Про попередження насильства в сім'ї” : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/>. **4. Моніторинг** стану виконання законодавства України щодо протидії насильству в сім'ї за 2001–2011 роки / Кол. авт.: О. М. Бандурка, О. Ф. Бондаренко, В. О. Брижик, та ін.; заг. ред. О. М. Бандурки, К. Б. Левченко; вступ. слово О. О. Зарубінського. – Х. : Видавництво „Права людини”, 2011. – 240 с. **5. Примірне** положення про кризовий центр для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення (затверджено наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 10.06.2009 № 1977) : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.osce.org/uk/ukraine/75925>. **6. Типове** положення про центри соціально психологічної допомоги затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 12.05.04 № 608 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=608-2004-%EF>. **7. Типове** положення про соціальний центр матері та дитини (затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 08.09.05 № 879) : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=879-2005-%EF>.

Безкоровайна О. Г. Діяльність державних соціальних служб з жінками, які постраждали від насильства в сім'ї

В статті проаналізовано сучасний стан проблеми сімейного насильства над жінками, наведені останні статистичні дані щодо прояву цієї проблеми у суспільстві. Охарактеризовано діяльність державних

соціальних служб, які працюють з жінками-жертвами сімейного насильства, а саме: кризових центрів для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення; центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї; соціальних центрів матері та дитини, керуючись вітчизняними нормативно-правовими актами та типовими документами названих установ.

Ключові слова: насильство в сім'ї; жінки, які постраждали від насильства в сім'ї; кризовий центр для членів сімей, в яких вчинено насильство в сім'ї або існує реальна загроза його вчинення; центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї; соціальний центр матері та дитини.

Безкоровайна О. Г. Деятельность государственных социальных служб с женщинами, которые пострадали от насилия в семье

В статье проанализировано современное состояние проблемы семейного насилия над женщинами, приведены последние статистические данные по проявлению этой проблемы в обществе. Охарактеризована деятельность государственных социальных служб, которые работают с женщинами-жертвами насилия в семье, а именно: кризисных центров для членов семей, в которых совершено насилие в семье или существует реальная угроза его совершения; центров медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье; социальных центров матери и ребенка, руководствуясь отечественными нормативно-правовыми актами и типовыми документами названных учреждений.

Ключевые слова: насилие в семье; женщины, которые пострадали от насилия в семье; кризисный центр для членов семей, в которых совершено насилие или есть реальная угроза его совершения; центр медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье; социальный центр матери и ребенка.

Bezkorovayna O. Activity state social services to women victims of domestic violence

This paper analyzes the current state of the problem of domestic violence against women are the latest statistics on the manifestation of the problem in society. Characterized the activity of state social services working with women victims of domestic violence, including: crisis centers for members of families in which domestic violence is committed or there is a real threat of such violence, medical and social rehabilitation of victims of domestic violence, social centers for mothers and children guided by national regulatory acts and statutory documents mentioned institutions.

Key words: Domestic violence, women victims of domestic violence, crisis center for members of families in which domestic violence is committed or there is a real threat of such violence, medical and social rehabilitation of victims of domestic violence'st , social centers for mothers and children.

К. О. Божко

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Залежність від психоактивних речовин – одна з гострих проблем сучасного українського суспільства, виникнення і розвиток якої залежить від безлічі факторів індивідуального і соціального рівнів населення. На Україні, за останні 5 років, сильно зросла наркоманія. Наркозалежність починає стрімко „молодіти”, вік людей, які вживають наркотики, нестримно знижується.

Згідно останніх даних МВС, офіційно на сьогоднішній день, налічується близько 500 тис наркоманів, з них 171,6 тис. вживають наркотичні засоби регулярно. І що найстрашніше, близько 5 тис. наркоманам ще не виповнилося 18 років. Більш за все наркоманією вражені Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Запорізька області, столиця України місто Київ та Автономна Республіка Крим. Але експерти кажуть, що реальна кількість наркозалежних значно більше і може перевищувати статистичні дані в 10 разів.

МОЗ наводить ще більш тривожну статистику - близько 550 тис. людей на Україні вживають важкі наркотики. Згідно останніх даних МВС кількість наркозалежних в нашій країні постійно зростає на 5 - 10% [1].

Інтерес до проблеми залежності від психоактивних речовин пов'язаний з необхідністю попередження зростання кількості залежних від різноманітних наркотичних препаратів (алкоголь, нікотин, наркотики різної ступені важкості та ін.) і профілактичної роботи з вже залежними людьми. Дана проблема повинна вирішуватися як на державному рівні, так і на рівні малих соціальних груп.

Аналіз науково-педагогічної літератури з проблеми дослідження дозволив визначити, що питанням залежності від психоактивних речовин присвячені роботи Н. Басова, Т. Воробйової, А. Ялтонської, А. Капської, Т. Семигіної, И. Григи, А. Бандури та ін.

Проте на сьогодні недостатньо дослідженими є стадії та синдроми залежності дорослих та підлітків від психоактивних речовин. Також існують проблеми розмежування роботи та заходів спеціалістів з соціальної роботи. Тому, метою статті є розкриття стадій і синдромів залежності людини від психоактивних речовин та визначення роботи спеціалістів з соціальної роботи.

Психоактивні речовини (далі ПАР) – це будь-які речовини, які при введенні в організм людини роблять вплив на такі психічні процеси як сприйняття, настрої, увага, здатність до пізнання, поведінка і т.д. До них відносять морфін, героїн, амфетамін, алкоголь, нікотин, кофеїн та ін. Людина, яка починає вживати той чи інший наркотик, проходить через

шість стадій залежності. Якщо на самому початку розвитку залежності не вжити профілактичних заходів, то далі вилікувати залежність буде значно важче. Розглянемо ці стадії.

1 стадія - початок вживання. Найчастіше люди починають вживання в молодому віці. Як найбільш поширені причини першого досвіду вживання називаються цікавість, вплив авторитетних особистостей, жага нових вражень, прагнення до наслідування і бажання приналежності групі.

2 стадія – експериментування. Починається експериментування з різними видами наркотиків і інших ПАР. Вживання найчастіше відбувається з наміром досягти ейфорізуючого ефекту.

3 стадія - соціальне вживання. Складається певна форма вживання речовини. Вживання відбувається в певних групах і ситуаціях.

4 стадія - звичне вживання. Вживання стає звичним, і той, хто вживає, прагне (не завжди повністю усвідомлено) підшукати друзів, які вживають ту ж саму речовину. Виникає потреба в наркотику і заклопотаність тим, щоб він був завжди доступний. Для досягнення бажаного ефекту доводиться приймати великі дози.

5 стадія - надмірне вживання. Починаються проблеми у взаєминах, неприємності на роботі, фінансові проблеми та проблеми із законом, що призводить до ще більшого вживання через прагнення «зняти» стрес, створюється „порочне коло”. Наркотик приймається для полегшення і усунення проявів абстиненції, „ломки”, а не для досягнення ейфорії.

6 стадія - хвороблива пристрасть. Втрачається контроль над вживанням наркотику або іншого ПАР. Вживання продовжується, не дивлячись на явні негативні наслідки (руйнування відносин, втрата роботи, загроза кримінального переслідування, проблеми зі здоров'ям). Людина перестає бачити зв'язок між своїм вживанням ПАР і виникаючими негативними наслідками [2].

У картині хімічної залежності можна виділяють три основні групи проявів хвороби.

1. Синдром зміненої реактивності:

- зміна захисних реакцій організму: наприклад зникає блювота, знижується або зникає свербіж;

- зміна толерантності: з'являються можливість переносити більш високі дози ПАР і потреба в більш високих дозуваннях для досягнення колишніх ефектів;

- зміна форми споживання: факти прийому ПАР частішають, змінюються шляхи введення (наприклад, від куріння або інтраназального вживання героїну переходять на внутрішньо венозне вживання).

2. Синдром психічної залежності:

- нав'язливий (обсесивний) потяг: постійні думки про ПАР, потяг визначає настрій і емоційний фон, відбувається підйом настрою в передчутті прийому, незадоволеність при відсутності ПАР, неадекватно

позитивна оцінка всього, пов'язаного з наркотизацією (знайомих, ситуацій) та надмірно негативне ставлення до всіх і до всього, що заважає наркоспоживанню;

- психічний комфорт тільки в інтоксикації (після вживання ПАР): відновлення психічних функцій, поліпшення уваги, працездатності та ін. порівняно зі станом тверезості.

3. Синдром фізичної залежності

- непереборний (компульсивний) потяг до ПАР: визначає поведінку, досягає рівня життєвих потреб (голод, спрага) і здатний періодично витіснити їх. Займає весь зміст свідомості на даний момент. Супроводжується вегетативними проявами (тремтіння, розширення зіниць, вологість шкіри, сухість у роті);

- втрата кількісного і ситуаційного контролю: вживання в ситуаціях і місцях, де вживання спочатку не планувалося і раніше не практикувалося, вживання більш високих доз, в більшій кількості, ніж раніше планувалося, випадки передозувань;

- можливість досягнення фізичного комфорту тільки в інтоксикації (після вживання ПАР): поліпшення фізичного самопочуття після прийому доз не викликають ейфорію [3].

Розглянувши теоретичну картину такого явища як залежність від психоактивних речовин, можна визначити практичні методи та форми діяльності фахівця з соціальної роботи в процесі допомоги особам, які страждають пристрастю до наркотичних речовин. Основна допомога полягає в наступному:

1. участь у профілактичних програмах, розрахованих на широке коло населення;

2. рання діагностика фактів вживання психоактивних речовин дітьми групи ризику, що потрапляють у заклади соціального захисту населення;

3. консультування клієнтів, що мають досвід вживання наркотиків, але з несформованою залежністю від них, та членів їх сімей в соціальних установах, що працюють з сім'ями групи ризику, а також надають психолого-педагогічну допомогу населенню в прямих та дистантних формах;

4. участь у програмах реабілітації і реадaptaції наркозалежних, у тому числі здійснення довготривалого постреабілітаційного патронажу;

5. взаємодія та підтримка терапевтичних спільнот та груп взаємодопомоги, громадських організацій, орієнтованих на боротьбу з поширенням наркозалежності;

6. підтримання мотивації відмови від вживання наркотиків;

7. сприяння у продовженні навчання, одержання професійної освіти або перепідготовки;

8. сприяння у працевлаштуванні;

9. пошук соціально-прийнятних і конструктивних способів організації дозвілля;

10. включення клієнта у здорові соціальні групи і спільноти, об'єднані на основі спільності інтересів, занять;

11. відновлення взаємин клієнта із здоровим соціальним оточенням [4; 5; 6].

Таким чином, теоретично виділивши стадії та етапи формування залежності від психоактивних речовин, можна визначити такі практичні види діяльності спеціалістів з соціальної роботи, як профілактика розвитку наркоманії серед підлітків; робота з вже залежними людьми, їхня реабілітація; різноманітні тренінги та семінари та інші види діяльності, спрямовані на роботу з підлітками та дорослими.

Перспективою подальших досліджень є розгляд проблеми організації соціальної роботи з людьми із залежністю від психоактивних речовин у рамках теорії поліадиктивності.

Список використаної літератури

- 1. В Україні** проживає 500 тис. наркоманів. Інформаційне агентство ЮНІАН : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <<http://health.unian.ua/country/65765-v-ukrajini-projivae-500-tis-narkomaniv.html>>.
- 2. Последствия** от „Спайса”. Курительные смеси: вся правда о дизайнерских наркотиках : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <<http://smoking-blends.org/ban-on-smoking-blends/>>.
- 3. Наркологія:** навчально-методичний посібник / Під заг. ред. д. мед. н. професора А. М. Скрипнікова. – Полтава, 2005. – 424 с.
- 4. Завацька Л. М.** Технології професійної діяльності соціального педагога. Навчальний посібник для ВНЗ / Л. М. Завацька, Л. М. Полішук. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2008. – 240 с.
- 5. Соціальна** робота з різними категоріями клієнтів : НакOVO-навчально-методичний посібник для студентів, магістрантів, аспірантів та спеціалістів у галузі соціальної педагогіки, соціальної роботи / За заг. ред Харченко С. Я., / С. Я. Харченко, М. С. Кратінов, Л. Ц. Ваховський, В. О. Кратінова, О. П. Песоцька, О. Л. Караман – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 198 с.
- 6. Соціальна** робота: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. проф. А. Й. Капської – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.

Божко К. О. Соціальна робота з людьми із залежністю від психоактивних речовин

В статті надано інформацію про основні стадії залежності людини від психоактивних речовин, розглянуто синдроми, які виступають проявами хімічної залежності, виділено основні форми і методи соціальної роботи з людьми, які мають залежність від психоактивних речовин. Акцентується увага на недостатній вивченості стадій та синдромів залежності дорослих та підлітків від психоактивних речовин, а також проблемі розмежування форм и методів діяльності спеціалістів з соціальної роботи.

Ключові слова: психоактивні речовини, залежність, соціальна робота.

Божко Е. О. Социальная работа с людьми, зависимыми от психоактивных веществ

В статье представлена информация об основных стадиях зависимости человека от психоактивных веществ, рассмотрены синдромы, которые выступают проявлениями химической зависимости, выделены основные формы и методы социальной работы с людьми, зависимыми от психоактивных веществ. Акцентируется внимание на недостаточной изученности стадий и синдромов зависимости взрослых и подростков от психоактивных веществ, а также проблеме разграничения форм и методов деятельности специалистов по социальной работе.

Ключевые слова: психоактивные вещества, зависимость, социальная работа

Bozhko K. The social work with people addicted to psychoactive substances

The article presents information on basic stages of a person's dependency on psychoactive substances, examined syndromes that protrude as manifestations of chemical dependency, identified the main forms and methods of social work with people addicted to psychoactive substances. Draws attention that the stages and syndromes of dependence adults and teenagers from psychoactive substances, as well as the problem of differentiation activities social work professionals insufficiently studied by scientists.

Key words: psychoactive substances, addiction, social work.

УДК 364.692-056.24

Ю. В. Ветрова

**КЛАСИФІКАЦІЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ
МОЖЛИВОСТЯМИ**

Проблема дитячої інвалідності досліджується в Україні вже досить давно. Адаже людей з обмеженими функціональними можливостями у всьому світі дуже багато, і кількість їх постійно зростає. В Україні дітей з вадами розвитку упродовж багатьох років відносили до особливої соціальної групи, яка має свої соціокультурні особливості й потребує особливих умов організації життєдіяльності.

У психолого-педагогічній науці проблему адаптації дітей з обмеженими можливостями вивчали на різних рівнях: загальнотеоретичному (Ю. Александровський, Б. Ананьєв, В. Афанасьєв, Ф. Березін, Л. Буєва, В. Казначеев); конкретно-професійному

(А. Борискін, І. Васильєв, В. Мерлін, Л. Мішик, В. Підмарков, В. Рождественський); соціально-демографічному (Г. Андрєєва, О. Бодальов, Л. Божович, Л. Дмитрієва, І. Кон, Т. Куриленко, І. Наумченко); соціально-психологічному (Е. Вітенберг, В. Каземіренко, Д. Научитель, С. Пакуліна, В. Толочек), соціально-педагогічному (Л. Коваль, Н. Максимова, В. Оржеховська, А. Пилипенко, Т. Сущенко, І. Цимбал).

Мета даної статті є характеристика класифікації дітей з обмеженими можливостями.

Існують класифікації та критерії, які використовуються при здійсненні медико – соціальної експертизи громадян федеральними державними установами медико – соціальної експертизи

I. Загальні положення.

1. Класифікації, які використовуються при здійсненні медико – соціальної експертизи громадян федеральними державними установами медико – соціальної експертизи, визначають основні види порушень функцій організму людини, обумовлені захворюваннями, наслідками травм або дефектами, і ступеня їх вираженості; основні категорії життєдіяльності людини і ступеня вираженості обмежень цих категорій.

2. Критерії, які використовуються при здійсненні медико – соціальної експертизи громадян федеральними державними установами медико – соціальної експертизи, визначають умови встановлення ступеня обмеження здатності до трудової діяльності та груп інвалідності (категорії „дитина – інвалід”).

II. Класифікації основних видів порушень функцій організму і ступеня їх вираженості.

1. До основних видів порушень функцій організму людини відносяться :

– порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, волі, свідомості, поведінки, психомоторних функцій);

– порушення мовних і мовленнєвих функцій (порушення усної (ринолалія, дизартрія, заїкання, алалія, афазія) та письмової (дисграфія, дислексія), вербальної і невербальної мови, порушення голосоутворення);

– порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику, тактильної, больової, температурної та інших видів чутливості) ;

– порушення статодинамічної функцій (рухових функцій голови, тулуба, кінцівок, статики, координації рухів);

– порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, кровотворення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції, імунітету;

– порушення, зумовлені фізичним каліцтвом (деформації обличчя, голови, тулуба, кінцівок, що призводять до зовнішнього

потворності, аномальні отвори травного, сечовидільного, дихального трактів, порушення розмірів тіла) [1, с. 87].

При комплексній оцінці різних показників, що характеризують стійкі порушення функцій організму людини, виділяються чотири ступені їх вираженості:

- 1 ступінь – незначні порушення;
- 2 ступінь – помірні порушення;
- 3 ступінь – виражені порушення;
- 4 ступінь – значно виражені порушення.

III. Класифікації основних категорій життєдіяльності людини і ступеня вираженості обмежень цих категорій

1. До основних категорій життєдіяльності людини відносяться:

- здатність до самообслуговування;
- здатність до самостійного пересування;
- здатність до орієнтації;
- здатність до спілкування;
- здатність контролювати свою поведінку;
- здатність до навчання;
- здатність до трудової діяльності.

2. При комплексній оцінці різних показників, що характеризують обмеження основних категорій життєдіяльності людини, виділяються 3 ступеня їх вираженості:

а) здатність до самообслуговування – здатність людини самостійно здійснювати основні фізіологічні потреби, виконувати повсякденну побутову діяльність, у тому числі навички особистої гігієни:

1) ступінь – здатність до самообслуговування при більш тривалій витраті часу, скороченні обсягу, з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

2) ступінь – здатність до самообслуговування з регулярною частковою допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

3) ступінь – нездатність до самообслуговування, потреба постійної сторонньої допомоги та повна залежність від інших осіб;

б) здатність до самостійного пересування – здатність самостійно переміщатися в просторі, зберігати рівновагу тіла при пересуванні, у спокої і зміні положення тіла, користуватися громадським транспортом:

1) ступінь – здатність до самостійного пересування при більш тривалій витраті часу, дрібності виконання і скороченні відстані з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

2) ступінь – здатність до самостійного пересування з регулярною частковою допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

3) ступінь – нездатність до самостійного пересування і потреби постійної допомоги інших осіб;

в) здатність до орієнтації – здатність до адекватного сприйняття навколишнього оточення, оцінці ситуації, здатність до визначення часу і місця знаходження:

1) ступінь – здатність до орієнтації тільки у звичній ситуації самостійно і (або) за допомогою допоміжних технічних засобів;

2) ступінь – здатність до орієнтації з регулярною частковою допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

3) ступінь – нездатність до орієнтації (дезорієнтація) і потребу постійної допомоги і (або) нагляді інших осіб;

г) здатність до спілкування – здатність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації:

1) ступінь – здатність до спілкування зі зниженням темпу і обсягу отримання та передачі інформації; використання при необхідності допоміжних технічних засобів допомоги;

2) ступінь – здатність до спілкування при регулярній частковій допомогі інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;

3) ступінь – нездатність до спілкування і потребу постійної допомоги інших осіб;

д) здатність контролювати свою поведінку – здатність до усвідомлення себе і адекватної поведінки з урахуванням соціально – правових та морально – етичних норм:

1) ступінь – періодично виникає обмеження здатності контролювати свою поведінку в складних життєвих ситуаціях і (або) постійне утруднення виконання рольових функцій, які зачіпають окремі сфери життя, з можливістю часткової самокорекції;

2) ступінь – постійне зниження критики до своєї поведінки та навколишнього обстановці з можливістю часткової корекції тільки при регулярній допомогі інших осіб;

3) ступінь – нездатність контролювати свою поведінку, неможливість його корекції, потребу постійної допомоги (нагляд) інших осіб;

е) здатність до навчання – здатність до сприйняття, запам'ятовування, засвоєнню і відтворенню знань (загальноосвітніх, професійних тощо), оволодіння навичками і вміннями (професійними, соціальними, культурними, побутовими):

1) ступінь – здатність до навчання, а також до отримання освіти певного рівня в рамках державних освітніх стандартів в освітніх закладах загального призначення з використанням спеціальних методів навчання, спеціального режиму навчання, із застосуванням при необхідності допоміжних технічних засобів і технологій;

2) ступінь – здатність до навчання тільки у спеціальних (корекційних) освітніх установах для учнів, вихованців з відхиленнями у

розвитку або вдома за спеціальними програмами з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів і технологій;

3) ступінь – нездатність до навчання;

ж) здатність до трудової діяльності – здатність здійснювати трудову діяльність відповідно до вимог до змісту, обсягу, якості й умов виконання роботи:

1) ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у звичайних умовах праці при зниженні кваліфікації, важкості, напруженості і (або) зменшенні обсягу роботи, нездатність продовжувати роботу за основною професією при збереженні можливості в звичайних умовах праці виконувати трудову діяльність більш низької кваліфікації;

2) ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах праці, з використанням допоміжних технічних засобів та (або) за допомогою інших осіб;

3) ступінь – нездатність до трудової діяльності або неможливість (протипоказань) трудової діяльності.

В основі класифікації інвалідів лежать:

1. Причини, що викликали інвалідність, наприклад, природжена патологія, хвороба, травма та ін.

2. Тривалість інвалідності – тимчасова, довгострокова, постійна.

3. Характер пошкодження, наприклад, функціональна обмеженість, порушення соціальної поведінки та ін.

4. Наслідки для самої особистості – обмеження або втрата незалежності, соціальної інтеграції, професійних можливостей і таке інше.

5. Наслідки для сім'ї – необхідність догляду за інвалідом, фінансове навантаження на сім'ю, порушення соціальних зв'язків.

6. Наслідки для суспільства – необхідність фінансової підтримки, втрата працездатного члена суспільства та ін.

7. Ступінь зниження працездатності – обмеженість в самообслуговуванні, можливість участі в трудовому процесі та інше [2].

Дослідник В. Астапов за основу своєї класифікації бере порушення аналізаторів, нервової системи та опорно – рухового апарату. Згідно з цим він виокремлює дітей: з вираженими і стійкими порушеннями слухової функції (глухі, слабочуючі, пізньооглухлі), з глибокими порушеннями зору (сліпі, слабозорі), з порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово – відсталі); з тяжкими мовними порушеннями (діти – логопати); з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі розумово відсталі, глухі розумово відсталі та ін.); з порушеннями опорно – рухового апарату; з вираженими психопатичними формами поведінки.

У підходах Т. Власової, М. Певзнера немає чіткої класифікаційної ознаки, оскільки вони визначають такі категорії дітей, які мають порушення розвитку: діти із затримкою психічного розвитку

(ЗПР); діти із порушеннями слуху, мови, зору; діти з астеничними станами; діти з реактивними станами і конфліктними переживаннями; діти з психопатоподібними формами поведінки; розумово відсталі діти; діти з початковими формами психічних захворювань.

Натомість, В. Лебединський в основу своєї класифікації закладає варіанти дизонтогенезу: стійке недорозвинення (ранній час ураження, що визначає явну незрілість мозкових систем), наприклад, олігофренія; затриманий розвиток (сповільнений темп формування пізнавальної діяльності й емоційно – вольової сфери); ушкоджений розвиток (при ускладненому внутрішньоутробному розвитку порушення проявляються на більш пізніх етапах онтогенезу), наприклад, органічна деменція; дефіцитарний розвиток (порушення окремих аналізаторів); спотворений розвиток (складне сполучення загального недорозвинення, затриманого, ушкодженого розвитку, наприклад, при ранньому дитячому аутизмі); дисгармонійний розвиток (природжена або придбана стійка диспропорційність психічного розвитку, що сприяє виникненню психопатії та патологічному формуванню особистості) [3, с 25-28].

Дослідники П. Жукова, О. Мастюкова виокремлюють у дітей такі порушення, як: розумова відсталість, яка проявляється як залишковими клінічними формами інтелектуального недорозвинення (олігофренія), так і поточними обумовленими прогресуючими захворюваннями центральної нервової системи; затримки психічного розвитку; порушення психічного розвитку, обумовлені мовленнєвою, сенсорною або руховою недостатністю; асинхронний психічний розвиток при синдромі раннього дитячого аутизму; ускладнені форми порушеного психічного розвитку в сполученні з фізичними дефектами. Водночас, для вироблення об'єктивного погляду щодо сутності основних порушень розвитку у дітей ми враховуємо положення науковців у галузі соціальної педагогіки.

Варто зауважити, що до групи дітей з особливостями психофізичного розвитку належать діти з психоневрологічними захворюваннями. Це соматично ослаблені діти, які хворі на сколіоз, на цукровий діабет, з малими і неактивними (фаза згасання) формами туберкульозу, тобто такі, що перенесли важкі та тривалі захворювання, або мають хронічні неспецифічні захворювання органів дихання, кровотворення, травлення, ендокринної системи, вивідної системи тощо. Ці діти часто мають підвищену стомлюваність і знижену працездатність, що неминуче зменшує ефективність їх навчання в загальноосвітньому навчальному закладі, проте нами не подано характеристику їх індивідуальних особливостей розвитку, оскільки спектр хронічних соматичних захворювань надто широкий.

Отже, проведений аналіз класифікацій основних порушень розвитку у дітей дозволяє констатувати, що науковці переважно виокремлюють такі групи порушень: органічні, функціональні, психологічні, соціальні та комплексні.

Список використаної літератури

1. **Акатов Л. І.** Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Л. І. Акатов. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
2. **Ляхова І.** Використання системного аналізу процесу адаптації студентів першокурсників / І. Ляхова // Рідна школа. – 2001. – №1. – С. 61-63.
3. **Фурман А.** Психодіагностика особистості адаптованості / А. Фурман. – Тернопіль : Економічна думка, 2000. – 198 с.

Ветрова Ю. В. Класифікація дітей з обмеженими можливостями

В статті розглядається класифікації та критерії, які використовуються при здійсненні медико – соціальної експертизи громадян. Необхідно зазначити, що науковці переважно виокремлюють такі групи порушень: органічні, функціональні, психологічні, соціальні та комплексні.

Ключові слова: діти з обмеженими можливостями, класифікація, інвалід, людина, допомога, медико-соціальна експертиза.

Ветрова Ю. В. Классификация детей с ограниченными возможностями

В статье рассматривается классификации и критерии, используемые при осуществлении медико - социальной экспертизы граждан. Необходимо отметить, что ученые преимущественно выделяют следующие группы нарушений: органические, функциональные, психологические, социальные и комплексные.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, классификация, инвалид, человек, помощь, медико-социальная экспертиза.

Vetrova J. Classification of children with disabilities

The paper is considered the classification and criteria used when making medical - social examination by federal public. It should be noted that researchers distinguish the following groups of violations: organic, functional, psychological, social, and comprehensive.

Key words: children with disabilities, classification, disabled, people care, medical and social examination.

А. М. Кравцов

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ ІЗ ЗАСУДЖЕНИМИ ДО ДОВІЧНОГО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Протягом ряду років в Україні тривали нескінченні дискусії щодо відміни смертної кари як такої, що суперечить положенням Конституції України та міжнародним зобов'язанням нашої держави. Новий Кримінальний кодекс України скасував виняткову міру як вид кримінального покарання та запровадив альтернативний вид – довічне позбавлення волі.

Цей еквівалент смертній карі за ступенем суворості покарання має ряд безперечних переваг. Він не усуває засуджену особу остаточно і не суперечить принципу невідворотності покарання за умови встановлення нових обставин скоєння злочину. Довічне позбавлення волі не позбавляє суспільство можливості виправлення судових помилок, які час від часу трапляються. і дає можливість в будь-який час виправити судову помилку. За засудженим зберігається право жити – природне право, яке дає шанс спокутувати вину. Держава, застосовуючи до злочинця довічне ув'язнення, здійснює підхід до правосуддя як до інституту, що дає перспективну можливість колись повернути засудженого до життя в суспільстві.

Проблеми соціальної роботи із засудженими до довічного позбавлення волі в даний час знаходяться в центрі уваги багатьох соціальних інститутів, соціальних і дослідницьких програм, спрямованих на забезпечення прийняттого рівня життя людей цієї категорії.

Вивченням правових аспектів з особами засудженими до довічного позбавлення волі займалися вітчизняні та зарубіжні вчені, як В. Др'омін, П. Матишевський, Ю. Пустобаєва, С. Царюк, Д. Ягунов.

Загальні проблеми соціально-виховної роботи в пенітенціарній системі розглядали: О. Безпалько, І. Зверева, О. Караман, А. Капська, П. Павленок, І. Рущенко, С. Харченко, О. Холостова, В. Шахрай та інші.

Проблемами соціальної роботи з засудженими до довічного позбавлення волі займалися Н. Белюкіна, О. Беца, М. Кузнецов, Р. Овчарова, М. Панасюк, В. Синьов, В. Скоков, О. Суботенко та інші.

Мета статті – визначити особливості і проблеми реалізації соціальної роботи в установах виконання покарань із засудженими до довічного позбавлення волі.

Починаючи з середини 90-х років і до сьогодні в суспільстві тривають дискусії, а іноді і відверті суперечки, проте, чи слід було скасовувати смертну кару і чи доцільно особливо небезпечних злочинців утримувати за рахунок держави довічно. Обидва боки, що приймають участь в цих суперечках, приводять масу доводів різного плану від

моральних і соціальних до суто фінансових. Безумовно, в цій суперечці визначити переможця практично неможливо, бо думки і однієї, і іншої сторони, підкріплені обґрунтованими доводами, безумовно, мають право на існування. Цією статтею ми хотіли б влитися в дану полеміку і розглянути існуючу проблему через призму виконання даного виду кримінального покарання та виказати свою думку професіоналів в даній галузі правоохоронної діяльності [5].

Чи не є факт покарання особи та перебування її в місцях позбавлення волі складною життєвою ситуацією? Хто як не засуджені, тим більше засуджені до довічного позбавлення волі, є тією категорією громадян, які потребують педагогічної і психологічної підтримки та професійної соціальної допомоги!

Теорія та практика соціальної роботи не виключає віднесення осіб, які за вироком суду відбувають покарання у виді позбавлення волі (довічного позбавлення волі), до соціально слабкої частини населення та визначення їх об'єктами соціальної роботи [3]. Однак діюче кримінально-виконавче законодавство України, що регулює суспільні відносини у сфері виконання-відбування кримінальних покарань, визначаючи соціально-виховну роботу одним із основних засобів виправлення і ресоціалізації засуджених, на нашу думку, не закріплює професійної основи реалізації соціальної роботи в органах та установах виконання покарань.

Необхідно акцентувати увагу на тому, що всі основні засоби виправлення і ресоціалізації засуджених, що закріплені кримінально-виконавчим законодавством України, так чи інакше пов'язані з різними аспектами соціальної роботи. Але, незважаючи на це, ні в Кримінально-виконавчому кодексі України, ні в інших відомчих нормативно-правових актах Департаменту про соціальну роботу в кримінально-виконавчій системі мова не йде, що, як показує досвід, заважає становленню і розвитку даного інституту в установах виконання покарань. Так, Кримінально-виконавчий кодекс України в ч.1 ст. 123 закріплює поняття „соціально-виховної роботи” [1], але це зовсім інший термін, який включає в себе дещо інший зміст діяльності.

Також, суперечливим аспектом діяльності пенітенціарних установ, на нашу думку є те, що у відповідності із пн. 2 ст. 124 Кримінально-виконавчого кодексу України, соціально-виховна робота із засудженими організовується на основі психолого-педагогічних принципів і методів [1], в той час коли теорія та практика соціальної роботи має в своєму арсеналі власні принципи і методи роботи.

На сьогоднішній день різноманітні види соціальної роботи виконують співробітники різних відділів, частин і служб пенітенціарних установ, в більшості це начальники відділень соціально-психологічної служби, психологи, старші інспектори з побутового та працевлаштування засуджених. Основним суб'єктом здійснення соціально-виховного впливу на засуджених і одночасно його організатором в установі

виконання покарань є начальник відділення соціально-психологічної служби, який наділений відповідними посадовими обов'язками та правами.

Якщо проаналізувати функціональні обов'язки начальника відділення соціально-психологічної служби то виявляється, що він, являючись єдиним у виправній колонії соціальним працівником (за напрямком діяльності), повинен виконувати функції, які зовсім не відповідають змісту його професійної діяльності, яка носить соціально спрямований характер. А це, в свою чергу, підтверджує те, що соціальна робота в кримінально-виконавчій системі, як специфічний вид професійної діяльності, поки ще не отримала достатньої уваги і розвитку, та потребує дослідження.

Ще одним підтвердженням того факту, що соціальна робота в пенітенціарних установах здійснюється не на професійному рівні, є чітко нормативно визначений розподіл функцій між установами виконання покарань та центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, передбачений міжвідомчим наказом Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту та Державного департаменту України з питань виконання покарань від 28.10.2005 року №2559/177 [2], який затверджує порядок взаємодії зазначених відомств у проведенні соціальної роботи із засудженими. Аналіз даного наказу підтверджує, що установи виконання покарань не в змозі самостійно здійснювати соціальну роботу із спецконтингентом та повинні залучати до цієї роботи відповідних спеціалістів (професіоналів). З огляду на викладене, нашою переконливою позицією є те, що *професійні соціальні працівники* повинні бути передбачені штатним розписом установ виконання покарань. Міжнародна пенітенціарна практика також підтверджує необхідність включення в штати пенітенціарних установ посад спеціалістів з соціальної роботи.

Отже відділення соціально-психологічної служби установи виконання покарань повинно бути не тільки основною організаційною ланкою в структурі виправної колонії, але й центром *професійної соціальної, психологічної та виховної роботи* із засудженими.

Ми погоджуємося з думкою М. Панасюка [4], який досліджуючи специфіку соціальної роботи в місцях позбавлення волі, акцентує увагу на тому, що сучасний стан системи виконання покарань в Україні нагадує захмарену смугу між оновленими моральними засадами та їхнім реальним втіленням. Він зазначає, що соціальна політика – це одне, моральні принципи – інше, а зусилля, спрямовані на втілення ідеї реабілітації злочинця, – ілюстрація прірви між теорією і практикою.

З огляду на вищезазначене, очевидно, що соціальній роботі в пенітенціарній системі слід надати особливого статусу як одному із основних засобів виправлення і ресоціалізації засуджених. Реформування кримінально-виконавчої системи України, її гуманізація, соціалізація, імплементація та реалізація міжнародних стандартів поведіння із

засудженими потребує активізації введення в органах і установах виконання покарань інституту соціальної роботи, як специфічного виду професійної діяльності. На нашу думку, саме засудженим до довічного позбавлення реалізація соціальної роботи, допомоги, педагогічної та психологічної підтримки на професійному рівні, повинна сприяти створенню в умовах установи виконання покарань того соціуму, в якому можливі: забезпечення достойного життя, розвиток людини, реалізація необмежених Конституцією України та національним законодавством прав і свобод, охорона праці і здоров'я тощо.

Проведене дослідження не претендує на остаточне розв'язання проблеми реалізації соціальної роботи в установах виконання покарань із засудженими до довічного позбавлення волі. Потребують більш детального вивчення застосування технологій соціально-виховної роботи в установах виконання покарань із засудженими до довічного позбавлення волі.

Список використаної літератури

1. Кримінально-виконавчий кодекс України від 11.07.2003р. №1129-IV // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – №3. – К. : Юрінком Інтер, 2005. – С. 9-10. **2. Наказ** Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту та Державного департаменту України з питань виконання покарань від 28.10.2005 року №2559/177 „Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і установ виконання покарань у проведенні соціальної роботи з неповнолітніми та молоддю, які відбувають покарання в цих установах і звільняються з них” : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/>. **3. Основы** социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ИНФРА, 2003. – 395 с. **4. Панасюк М.** Специфіка соціальної роботи в місцях позбавлення волі. Соціологічне дослідження / М. Панасюк // Соціальна політика і соціальна робота. – 2002. – №2. – С. 44-63. **5. Соціально-виховні** та психологічні аспекти діяльності пенітенціарного персоналу із засудженими до довічного позбавлення волі в Україні : Матеріали круглого столу. – Біла Церква, 2008р. – 92 с.

Кравцов А. М. Особливості реалізації соціальної роботи в установах виконання покарання із засудженими до довічного позбавлення волі

У статті визначені особливості і проблеми реалізації соціальної роботи в установах виконання покарання із засудженими до довічного позбавлення волі, а саме що соціальна робота в пенітенціарних установах здійснюється не на професійному рівні. На основі дослідження зазначили що соціальній роботі в пенітенціарній системі слід надати особливого статусу як одному із основних засобів виправлення і ресоціалізації засуджених.

Ключові слова: пенітенціарна система, довічне позбавлення волі, засуджені до довічного позбавлення волі.

Кравцов А. М. Особенности реализации социальной работы в учреждениях исполнения наказания с осужденными к пожизненному лишению свободы

В статье определены особенности и проблемы реализации социальной работы в учреждениях исполнения наказания с осужденными к пожизненному лишению свободы, а именно что социальная работа в пенитенциарных учреждениях осуществляется не на профессиональном уровне. На основе исследования мы выделили, что социальной работе в пенитенциарной системе необходимо предоставить особый статус как одному из основных средств исправления и ресоциализации осужденных.

Ключевые слова: пенитенциарная система, пожизненное лишение свободы, осужденные к пожизненному лишению свободы.

Kravtsov A. Features of realization of social work in the penal institutions of convicts to life imprisonment

The article defines the characteristics and problems of implementation of social work in the penal institutions of convicts to life imprisonment, namely that social work in prisons is not done on a professional level. Based on the study, we have identified that social work in the prison system needs a special status as one of the main means of correction and re-socialization of convicts.

Key words: prison system, life imprisonment, sentenced to life imprisonment .

УДК 364. 4 – 053. 9

С. І. Літвінова

**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА СОЦІАЛЬНОГО
ОБСЛУГОВУВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ
ГЕРАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

Важливою соціальною проблемою сьогодення є процес старіння людської популяції, який значною мірою залежить від рівня суспільно-економічного розвитку держави.

Прогресуюче старіння населення є однією із загальносвітових проблем у світі. Якщо у 1950-у році кожний тридцятий мешканець планети переступив рубіж 60-ліття, то зараз кожний восьмий землянин віком старше 60 років [1].

Демографічний прогноз свідчить про постійне збільшення кількості людей похилого віку в загальній структурі нашої держави. На

сьогодні кількість осіб похилого віку складає 24,2% від загальної чисельності населення, у 2025 р. очікується їх зростання до 26,1% [4].

У суспільстві постає проблема соціальної допомоги літнім людям, які мешкають вдома чи в закладах соціального обслуговування – геріатричних пансіонатах. Завдання соціальної роботи полягає в тому, щоб створити сприятливі умови для подальшого розвитку в старому віці та реалізації особистісного потенціалу [2]. З цією метою Концепцією реформування системи надання соціальних послуг, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2007 р. №178-р, закріплено необхідність удосконалення існуючих і створення нових видів соціальних послуг, у тому числі й удосконалення соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу [3].

Однак як сучасна практика, так і наукові дослідження доводять, що один з реальних шляхів щодо забезпечення людині гідної старості – організація ефективної соціальної роботи.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що проблемі підвищення ефективності соціальної роботи з людьми похилого віку, зокрема соціальному обслуговуванню даної категорії клієнтів, приділяється велика увага з боку фахівців.

Дослідженням проблем людей похилого віку присвячені праці Г. Абрамової, М. Александрової, Б. Ананьєва, Л. Анциферової, Р. Кароль, В. Фролькіса, І. Аршавського, Л. Бороздіної, О. Молчанова, Т. Волкова, О. Бодальнової, Л. Лук'янової, Г. Майбороди та ін.

Враховуючи актуальність проблеми організації соціальної роботи з людьми похилого віку та необхідність пошуку ефективних механізмів підвищення якості соціального обслуговування даної категорії клієнтів, **метою** нашої статті є змістовна характеристика комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу.

Розкриваючи мету нашої роботи, звернемося до визначення сутності поняття „*комплекс*”, яке в науковій літературі визначається як зв'язок, поєднання, сукупність явищ, предметів або якостей, що утворюють ціле. Комплексний підхід означає діяльність з урахуванням всебічності процесу або явища, усіх суттєвих причин, що впливають на розвиток, а також використання різноманітних зусиль та засобів для досягнення поставленої мети.

Саме комплексний підхід при розробці програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу є найдоцільнішим, адже соціальна робота з людьми похилого віку в Україні ще не набула системного характеру. На відміну від системного, об'єктом комплексного дослідження можуть бути будь-які процеси, явища в комплексі.

На підставі цього ми спроектували *комплексну програму соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу „Турбота”* (далі Програма „Турбота”).

Метою цієї Програми є підвищення рівня знань людей похилого віку про особливості роботи геріатричного закладу, сприяння виробленню в них відчуття задоволеності соціально-побутовими умовами, медичними та соціальними послугами геріатричного закладу, активізації міжособистісної взаємодії з мешканцями геріатричного закладу та участі людини похилого віку у дозвіллевих та культурних заходах геріатричного закладу та за його межами.

Визначена мета може бути досягнута за допомогою таких завдань:

- сприяння підвищенню інформованості людей похилого віку про особливості роботи геріатричного закладу; формування відчуття задоволеності соціально-побутовими умовами, медичними та соціальними послугами геріатричного закладу;

- розвиток інкорпоризації, тобто входження людини до соціально-рольової структури колективу, підвищення рівня міжособистісної взаємодії з мешканцями геріатричного закладу;

- підвищення рівня соціальної активності людини похилого віку та ступеню контактів із зовнішнім світом;

- створення умов для активної участі людини похилого віку у дозвіллевих та культурних заходах геріатричного закладу та за його межами;

- підвищення рівня професійної майстерності у соціальному обслуговуванні людей похилого віку серед спеціалістів геріатричного закладу.

Розроблена нами Програма складається з п'яти блоків:

1. Тренінг для соціальних працівників, фахівців геріатричного закладу „*Підвищення якості соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу*”.

2. Тренінг для людей похилого віку „*Геріатричний заклад – мій дім*”.

3. Соціально-терапевтичні групи для людей похилого віку – мешканців геріатричного закладу (психодрама, арт-терапія, група взаємодопомоги).

4. Організація дозвіллевої діяльності (бібліотерапія, ізотерапія, музикотерапія, ігрова терапія, спорт, активний відпочинок і туризм).

5. Серія консультацій людей похилого віку фахівцями геріатричного закладу (медичних, психологічних, правових та ін.).

Кожна з окреслених частин комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу „*Турбота*” реалізується за допомогою різних методів і видів технологій, як-от: тренінгові технології, групи взаємодопомоги, арт-терапія, бібліотерапія, ізотерапія, музикотерапія, ігрова терапія, спорт, активний відпочинок, туризм та соціальне консультування. Розглянемо їх більш детально.

В соціальній роботі **тренінг** визначають, як запланований навчальний процес, що спрямований на надання знань, удосконалення навичок, які вже є, та набуття нових на основі власного досвіду й знань з метою зміни поведінки [5]. Основна відмінність тренінгу від інших групових форм роботи полягає „...не в засвоєнні особистістю готових знань і прийомів, а в їх самостійному виробленні шляхом активної участі в процесі групової взаємодії” [7, с. 80].

Тренінг є груповою формою роботи, головною перевагою якої у роботі з дорослою категорією клієнтів є здобуття учасниками необхідних знань, уявлень, ставлення та особистісного досвіду поведінки. При цьому група не пропонує еталонів поведінки, вона лише допомагає усвідомити емоційний стан, почуття, сформувані готовність до соціальної адаптації, соціальної активності та творчого підходу.

Оскільки тренінг є різновидом навчального процесу, то важливим інструментом підвищення ефективності навчання в ньому є використання активних методів навчання: методу моделювання, рольових ігор, драматизації, методу конкретної ситуації, методу „мозкового штурму” тощо. Активні методи, які використовують у тренінгу, на нашу думку, забезпечують найвищу результативність занять з фахівцями соціальної роботи та людьми похилого віку в умовах геріатричного закладу.

Одним із показників культурно-комунікативного критерію ефективності соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу є розвиненість інкорпоризації, тобто входження людини до соціально-рольової структури колективу та високий рівень міжособистісної взаємодії з мешканцями геріатричного закладу, саме тому, наступним видом технологій, які входять до комплексної Програми „Турбота” є технологія **соціальної терапії**.

Слово „терапія” у перекладі з грецької значить „турбота, піклування, лікування” [8]. Адаптація до нових умов життя у геріатричному закладі, що може викликати психологічний дискомфорт, втому та роздратованість, створювати конфліктні ситуації та навіть провокувати агресивне ставлення до оточуючих. Тому люди похилого віку мають потребу в терапевтичній підтримці, а також у формуванні навичок безконфліктної міжособистісної взаємодії, регулювання почуттів, імпульсів, думок, стосунків та зняття психологічних симптомів, які викликають напруження.

Соціальна терапія тісно пов’язана з психотерапією, яка використовує методи впливу на психіку. Відомі чотири основні моделі психотерапії [8]: 1) психотерапія як метод лікування, тобто вплив на соматичний та психологічний стан клієнта (медична модель психотерапії); 2) психотерапія як метод маніпулювання, який носить характер інструмента та служить меті суспільного контролю (соціологічна модель); 3) психотерапія як метод, який приводить у дію процес навчання особистості (психологічна модель); 4) психотерапія як

комплекс явищ, які виникають у ході взаємодії між людьми (філософська модель).

Одним з психотерапевтичних методів, який може бути включений до розробленої нами програми є психодрама.

Психодрама – це метод групової психотерапії, де використовують *рольову гру*, під час якої створюють необхідні умови для спонтанного вираження індивідом почуттів, що пов'язані з важливими для нього проблемами [7, с. 79]. Здійснюючи соціальне обслуговування людей похилого віку за допомогою психодрами створюються умови для переосмислення ними власних проблем і перешкод у створенні комфортної атмосфери у геріатричному закладі; розуміння причин конфліктів, які виникають у взаєминах; подолання неконструктивних поведінкових стереотипів і способів емоційної реакції на стресові ситуації та ін.

Рольова гра дає можливість змоделювати та програти різні стилі міжособистісної поведінки та програти різні ролі у колективі й відстежити доцільність та адекватність їх застосування в конкретних ситуаціях взаємодії.

Ще один метод соціальної терапії, який можна використовувати при роботі з людьми похилого віку в умовах геріатричного закладу – арт-терапія. Цей метод соціальної терапії є ефективним засобом підвищення якості соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу за культурно-комунікативним критерієм

Арт-терапія – це метод впливу на психоемоційний і фізичний стан людини за допомогою різних видів художнього та ужиткового мистецтва [7, с. 79]. Цей метод сприяє підвищенню адаптаційних здібностей людей похилого віку до нових умов геріатричного закладу, надає можливість у процесі включення до різних видів художньо-мистецької діяльності (малюнок, ліплення, колаж, написання есе, статей для преси, сценарію театральної постанови) проявити й відрефлексувати наявність „Я-образу” зрілої, гармонійної особистості. Уживання арт-технології надає можливість проєцирувати наявний психоемоційний стан людини похилого віку, образно виразити власне ставлення до геріатричного закладу, візуалізувати позитивний образ його мешканця. Участь у творчому процесі підвищує самооцінку людини похилого віку й адаптивні можливості до нового соціального статусу, стимулює суб'єктність, забезпечує релаксацію та зняття захисних бар'єрів.

Арт-терапевтична сесія містить такі етапи: 1) настрой (розминка, включення в роботу, межа, яка оформлює її початок); 2) актуалізація візуальних, аудіальних, кінестетичних відчуттів; формування запиту або теми роботи; 3) індивідуальна образотворча або творча діяльність;

4) вербалізація (комунікація); 5) доопрацювання малюнка, продовження роботи для мультимодальних технік або колективна робота (у парах, малих групах); 6) рефлексивний аналіз, висновки [6].

Наступною технологією, яку ми вводимо до комплексу соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу, є **групи взаємодопомоги**.

Як нами зазначалося вже раніше, дефіцит спілкування, що відчувають мешканці геріатричного закладу, визначає специфіку діяльності груп взаємодопомоги людей похилого віку, які часто так і називаються – групи спілкування.

Практика свідчить, що групи взаємодопомоги – це невеликі (5-7 осіб) об'єднання людей, що живуть поблизу і мають періодичні контакти, члени якої мають загальні потреби (проблеми), які вони разом розв'язують, задовольняють, допомагаючи одне одному.

В організації взаємодопомоги реалізуються різноманітні функції груп, їх члени: 1) отримують рекомендації, як подолати ускладнення, що виникають; 2) у разі необхідності отримують матеріальну допомогу;

3) відчувають до себе увагу і підтримку. Схематично система взаємодопомоги людей похилого віку зображена нами на рис 1.



Рис. 1. Схема взаємодопомоги літніх людей

Останнім блоком розробленої нами комплексної Програми „Турбота” є *організація дозвілєвої діяльності людей похилого віку*, оскільки дозвілля розглядається як один з важливих напрямів самореалізації потенціалу людини, як самоцінна суспільна сфера, спрямована на відновлення і розвиток її фізичних, психоемоційних, інтелектуальних сил.

Існують різні реабілітаційні види дозвілля, до своєї комплексної програми ми обрали найбільш поширені та найбільш дієві. Розглянемо їх більш детально.

Бібліотерапія. Бібліотерапія і її соціокультурна реабілітаційна спрямованість здійснюється через художнє читання, дискусії, літературні вечори, зустрічі з авторами творів та прототипами їх персонажів, літературні й поетичні клуби, виставки книг і регулярну роботу читального залу й абонементу бібліотеки. Реабілітаційна бібліотерапія проявляється у впливі на формування самосвідомості людини, розширенні компенсаторних можливостей задоволення інформаційних потреб, налагодженні зв'язків з однодумцями, творчому порівнянні своєї особистості з персонажами художніх творів, прилученні до культури країни й світу, розвитку мовних

можливостей (особливо в людей із проблемами мовлення й порушенням спілкування).

Ізотерапія. Терапія художньою творчістю – універсальний психотерапевтичний, інтердисциплінарний (на стику медицини, психології, педагогіки, культури, соціальної роботи) метод, який використовується з метою комплексної реабілітації й спрямований на усунення або зменшення нервово-психічних розладів, відновлення й розвиток порушених функцій, компенсаторних навичок, формування здатності до освітньої, трудової діяльності в процесі занять специфічними, цілеспрямованими видами творчості.

Музикотерапія. Музикотерапія – це технологія соціокультурної реабілітації, що використовує різноманітні музичні жанри для психолого-педагогічної й лікувально-оздоровчої корекції особистості хворого, розвитку його творчих можливостей, розширення кругозору, активізації соціально-адаптивної здатності. Основними завданнями корекційних музично-ігрових занять є стимуляція потенційних можливостей, подолання труднощів соціальної адаптації відповідно до можливостей пацієнта. Через те, що рухова активність під музику підсилює обмін речовин в організмі, підвищує загальний тонус, поліпшує діяльність серцево-судинної системи, регулює нервову діяльність, розвиває фізичні можливості, музичне виховання з повною впевненістю можна розглядати як один з важливих факторів у процесі реабілітації й соціальної адаптації літніх.

Ігрова терапія. Ігрова терапія – це комплекс реабілітаційних ігрових методик. Нерідко ігротерапія розглядаються як методика для розкріпачення патологічних психічних станів людини. Будучи унікальною методикою комплексної реабілітації, ця технологія може виконувати функції соціалізації, розвитку, виховання, адаптації, релаксації, рекреації та ін. Саме рольова поведінка відображає психологічний стан і функціональні тенденції людини. До видів спрямованої ігротерапії відносяться: пізнавальні й розвиваючі ігри, настільні й комп'ютерні ігри, конкурси, турніри, змагання, рухливі ігри.

Спорт, активний відпочинок і туризм. Спорт, активний відпочинок і туризм є важливими факторами в процесі реабілітації й адаптації людей похилого віку. Фізичні вправи й спорт підтримують і відновлюють фізичний і психологічний стан пацієнтів. Крім того, у людей похилого віку зменшуються ускладнення, викликані недоліком фізичної активності. Вважається, що туризм більше легкий для літніх, чим спорт, і саме туризм стає першим кроком на початку інтенсивної й систематичної фізичної активності пацієнтів.

Крім вище означених форм та методів роботи з людьми похилого віку, мешканці геріатричного закладу постійно мають потребу в отриманні необхідної їм консультативної допомоги з боку спеціалістів даного закладу. Саме тому ще однією технологією, яку ми вводимо до комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу є **технологія соціального консультування.**

Консультування – це технологія соціально-педагогічної роботи, яка полягає в дослідженні проблеми клієнта, знаходженні разом з ним позитивних шляхів її вирішення, наданні порад і рекомендацій щодо наявності для цього соціальних ресурсів [9, с. 141]. Метою консультування людей похилого віку щодо соціального обслуговування в умовах геріатричного закладу є ліквідація дефіциту інформації про особливості роботи геріатричного закладу; про умови надання соціально-побутових, медичних, правових та соціальних послуг.

Результатом упровадження комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу повинні стати: високий рівень інформованості людей похилого віку про особливості роботи геріатричного закладу; відчуття задоволеності соціально-побутовими умовами, медичними та соціальними послугами геріатричного закладу; розвинена інкорпоризація, тобто входження людини до соціально-рольової структури колективу, підвищення рівня міжособистісної взаємодії з мешканцями геріатричного закладу; високий рівень соціальної активності людини похилого віку та ступеню контактів із зовнішнім світом; активна участь людини похилого віку у дозвіллевих та культурних заходах геріатричного закладу та за його межами; високий рівень професійної майстерності у соціальному обслуговуванні людей похилого віку серед спеціалістів геріатричного закладу.

Отже, організацію комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу можна представити у вигляді структурно-функціональної моделі, зображеної нами на рисунку 2.

Запропонована схема реалізації комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу представляє основні напрями та можливі методи роботи суб'єктів геріатричного закладу щодо соціального обслуговування людей похилого віку. У конкретному випадку зміст процедур та використання тих чи інших методів залежить від особливостей категорії людей похилого віку, типу геріатричного закладу та можливостей спеціалістів даного закладу.

Таким чином, діяльність геріатричного закладу з соціального обслуговування людей похилого віку може бути більш ефективною та результативною, якщо процес соціального обслуговування мешканців геріатричного закладу його спеціалістами буде спиратися на цю комплексну програму в організаційному та методичному контексті.



Рис. 2. Схема комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу

Список використаної літератури

1. Басов Н. Ф. Соціальний педагог : введення в професію : [учеб. посібник для студентів виш. учеб. заведень] / Н. Ф. Басов, В. М. Басова, А. Н. Кравченко. – М. : Издательский центр „Академия”, 2006. – 256 с. **2. Коленіченко Т. І.** Соціальна робота з людьми похилого віку / Т. І. Коленіченко // Соціальна педагогіка: теорія та практика – №4. – 2011. – С. 20-25. **3. Міщик Л. І.** Соціальна педагогіка / Л. І. Міщик. – Запоріжжя : ЗДУ, 1999. – 248 с. **4. Новікова О.** Інтернатні заклади для людей похилого віку як складна соціально-педагогічна система / О. Новікова // Наукові записки. Серія: Педагогічні науки – 2010. – №88. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Nz_p/88/statti/41.pdf. **5. Робочі** матеріали семінару „Покращення якості соціальних послуг дітям і сім'ям у громаді” / [упор. Т. П. Авельцева, Н. В. Зимівець]. – Дніпропетровськ : [б. и.], 2005. – 23 с. **6. Сотниченко Е. В.** Обучающая программа „Техники арт-терапии” / Сотниченко Е. В. : [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.contact-club.irnd.ru/page56.html> **7. Соціальна** робота в Україні : [навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.] ; за заг. ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 256 с. **8. Технологія** соціальної роботи : [учеб. посіб. для студ. виш. учеб. заведень / под ред. И. Г. Зайнышева]. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с. **9. Шахрай В. М.** Технології соціальної роботи : [навч. посіб.] / В. М. Шахрай– К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 464 с.

Літвінова С. І. Комплексна програма соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу

У даній статті визначено сутність понять „комплексність”, „тренінг”, „терапія”, „психодрама”, „арт-терапія”, „групи взаємодопомоги”, „консультування”, а також розкрито мету, завдання, зміст та етапи комплексної програми соціального обслуговування людей похилого віку в умовах геріатричного закладу.

Ключові слова: комплексність, тренінг, терапія, психодрама, арт-терапія, групи взаємодопомоги, консультування.

Литвинова С. И. Комплексная программа социального обслуживания пожилых людей в условиях геронтологического учреждения

В данной статье определена сущность понятий „комплексность”, „тренинг”, „терапия”, „психодрама”, „арт-терапия”, „группы взаимопомощи”, „консультирование”, а также раскрыта цель, задачи, содержание и этапы комплексной программы социального обслуживания людей пожилого возраста в условиях геронтологического заведения.

Ключевые слова: комплексность, тренинг, терапия, психодрама, арт-терапия, группы взаимопомощи, консультирование.

Litvinova S. Comprehensive program of social services for the elderly in terms of geriatric institution

Essence of concepts is certain in this article „complexity”, „training”, „therapy”, „psychodrama”, „art-therapy”, „groups of mutual help”, „advising”, and also an aim, task, maintenance and stages of the complex program of social maintenance of people, is exposed years old in the conditions of geriatrics establishment.

Key words: complexity, training, therapy, psychodrama, art-therapy, groups of mutual help, advising.

УДК 364.63-027.553-055.2

А. С. Пугачева

СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЖІНКАМИ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА

У нових незалежних країнах, що з'явилися на пострадянському просторі, відбуваються кризові процеси, спостерігається соціально – економічна і політична нестабільність, ріст злочинності й насильства. Насильство особливо торкнулось жінок, у тому числі домашнє насильство. Його неможливо пояснити новим часом, бідністю або алкоголізмом, тому що ці фактори лише підсилюють агресивне поведження домашніх насильників, а не є його причиною. Адже ще нещодавно в нашому суспільстві було не прийнято відкрито говорити про домашнє насильство. Відомо, що гідність держави багато в чому залежить від того, як вона охороняє права та свободи своїх громадян, піклується про їх здоров'я. Сьогодні насильство влади послабилось, але зросла „влада” насильства на вулицях наших міст і сіл. Отже, для того, щоб завоювати повагу у світі, нам необхідно навчитись поважати один одного у власному домі. Мета даної статті – вивчення системи соціальної роботи з жінками, що постраждали від насильства.

Для визначення основних орієнтирів соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, ми звернулися до системного підходу. Основним поняттям системного підходу є „система”. В. Афанасьєв визначає цілісну систему як „сукупність об'єктів, взаємодію яких викликає поява нових інтеграційних якостей, не властивих окремо узятим утворюючим систему компонентам” [4]. При цьому системотвірні елементи у своїй єдності спроектовані на досягнення конкретної мети. Ефективність системи залежить від її цілісності, систематизованості її компонентів і сумісності з навколишнім середовищем [4]. Слід зазначити, що на інтеграційні якості як головну визначальну властивість цілісних систем указують О. Дубасенюк,

Л. Занков, Т. Ільїна, В. Крутецький, М. Лукашевич та інші автори. Таким чином, системне дослідження дозволяє вибудовувати наукову картину світу і її елементів у загальному взаємозв'язку і взаємообумовленості.

Таким чином, у відповідності з положеннями про системний підхід, система соціальної роботи має такі компоненти: мета, об'єкт, суб'єкт, зміст і засоби. Перейдемо до більш детальної характеристики кожного з названих компонентів стосовно роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства.

Основоположною категорією, головною складовою частиною процесу соціальної роботи, яка об'єднує всі ніші його частини й дозволяє створити цілісну систему, є мета. Саме від вибору мети найбільше залежить вибір змісту й технологій діяльності соціального працівника. У філософії мета розглядається як „ідеальне, уявне попередження результату діяльності і шляхів його досягнення за допомогою певних засобів. Мета є відображенням у свідомості людини потреби в якомусь предметі, свого роду уявне моделювання предмета” [2]. Стосовно до предмету нашого дослідження мету можна розуміти як бажаний образ майбутнього результату високої ефективності соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, створення оптимальних умов для саморозвитку й соціалізації особистості, здійснення процесу соціальної адаптації, гармонізація відносин особистості для збереження, відновлення, підтримки, розвитку соціальної активності цієї особи.

Завдання соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, визначаються проблемами і потребами жінок, розв'язання яких вимагає. Таким чином до завдань соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, можна віднести:

- створення сприятливих умов для розвитку здібностей та реалізації можливостей особистості;
- орієнтації особистості на здоровий спосіб життя;
- формування культури життєвого самовизначення;
- надання комплексної допомоги та підтримки особам, які її потребують;
- встановлення зв'язків між жінкою, яка постраждала від сімейного насильства, та соціумом, коли вони самостійно не в змозі ефективно взаємодіяти;
- соціально-правовий захист;
- попередження локалізації негативних впливів соціального середовища на особистість.

Об'єктом системи соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, є власне жінки, які постраждали від сімейного насильства. Практична соціальна діяльність із жінками, які постраждали від сімейного насильства, здійснюється у взаємозв'язку з їх соціальним середовищем, тому об'єктом практичної соціально-педагогічної

діяльності можемо вважати також соціальні взаєностосунки між членами родини, відносини, що виникають у ході здійснення сімейних ролей.

До суб'єктів соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, відносять як фізичних осіб, так і соціальні інститути. Фізичні особи – соціальні працівники, соціальні педагоги, реабілітологи, психологи, медичні працівники, волонтери. Також до переліку суб'єктів реабілітаційного впливу в тій чи іншій мірі відносять широке коло соціальних інститутів: державні виконавчі органи та органи місцевого самоврядування, центри зайнятості, притулки, кризові центри, санаторно-курортні установи, санітарно-профілактичні установи, анонімні медичні кабінети, відділи освіти, методичні кабінети, центри практичної психології і соціальної роботи, навчальні заклади, центри дитячої та юнацької творчості, відділи у справах сім'ї та молоді, центри соціальних служб, реабілітаційні центри, виправно-виховні установи, приймальники-розподільники, служби у справах неповнолітніх, благодійні фонди, товариства, громадські об'єднання, відділення міжнародних організацій, тобто, всі соціальні інститути, які безпосередньо або опосередковано впливають на процеси соціальної адаптації та інтеграції.

Виходячи з цього, подальша логіка дослідження полягає в науковому обґрунтуванні й розробці відповідного змісту соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, який є другим важливим системоутворюючим компонентом.

Змістом практичної соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства є особливості багаторівневого соціального впливу на процес становлення особистості.

До змісту системи соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, можна віднести наступне:

1. Формування і подальший розвиток гармонійної системи взаємовідносин жінок, які постраждали від сімейного насильства, із соціальним оточенням. Як показує досвід багатьох країн світу, це один із найскладніших і хворобливих напрямків роботи по соціальній підтримці цієї категорії клієнтів. Якщо ці проблеми своєчасно не вирішуються, то ситуація істотно загострюється. У той же час, реалізація даного напрямку діяльності передбачає, що значні зусилля по подоланню пасивної реакції з боку соціального оточення повинні робити і самі жінки.

2. Вирішення проблем матеріальної компенсації понесеного клієнтами збитку. Цей напрям діяльності передбачає роботу по наданню жінками, які постраждали від сімейного насильства, якого-небудь житла в разі необхідності, медичної допомоги, призначенню і виплаті встановлених законом видів матеріальної допомоги, створення первинних умов для наступної соціально-психологічної і соціально-трудової адаптації і реабілітації.

3. Трудова і професійна адаптація. Це організація центрів, курсів і семінарів по професійній підготовці, перепідготовці і підвищенню кваліфікації жінок, які постраждали від сімейного насильства. Реалізація цього напрямку діяльності передбачає використання трудового і професійного потенціалу жінок, які постраждали від сімейного насильства в нових умовах. Ця діяльність може і повинна включати такі елементи, як працевлаштування жінок, які постраждали від сімейного насильства із урахуванням кваліфікації, що є у них, а також потреб ринку праці в місці їх нового перебування, створення нових робочих місць, які можуть бути запропоновані жінкам, які постраждали від сімейного насильства, розвиток системи самозайнятості.

4. Формування і розвиток системи правового захисту жінок, які постраждали від сімейного насильства, попередження всіх форм їх дискримінації. При цьому, власне правові шляхи і способи рішення цієї задачі повинні доповнюватися іншими: освітніми, просвітницькими, інформаційними, соціокультурними.

5. Психологічна адаптація і реабілітація жінок, які постраждали від сімейного насильства. У цьому випадку йдеться про професійну діяльність таких фахівців, як психологи і психотерапевти, психіатри і психологи-консультанти. Ця робота повинна бути спрямована на подолання негативних психічних і психологічних наслідків насильства, створення умов і можливостей для подальшого активного і повноцінного життя.

6. Створення умов, необхідних для успішної інтеграції жінок, які постраждали від сімейного насильства у суспільство. Цей напрямок діяльності передбачає здійснення заходів для досягнення реальної соціальної рівності жінок, які постраждали від сімейного насильства і соціального оточення, створення системи ефективних комунікацій, надання необхідної допомоги для включення жінок, які постраждали від сімейного насильства у нове соціальне і культурне середовище: освітні послуги, розвиток системи соціального захисту і т. п.

7. Налагодження нових стосунків із різноманітними соціальними інститутами. Розвиток зв'язку з міжнародними організаціями, що займаються проблемами жінок, які постраждали від сімейного насильства, і участь у їх діяльності; організація взаємодії між центральними та регіональними державними відомствами й установами і місцевими органами влади, що вирішують проблеми насильства над жінками; організація взаємодії між державними структурами, громадськими організаціями і фондами, що займаються соціальним захистом і допомогою жінкам, які постраждали від сімейного насильства; сприяння створенню громадських організацій, що займаються проблемами жінок, які постраждали від сімейного насильства; посилення зв'язку із закордонними організаціями, що займаються проблемами жінок, які постраждали від сімейного насильства.

8. Правовий захист жінок, які постраждали від сімейного насильства. Розробка оптимальної структури і нормативів діяльності стаціонарних і нестаціонарних установ соціальної допомоги жінок, які постраждали від сімейного насильства, стосовно умов конкретних регіонів; розробка правових основ соціального, санітарного, медичного і педагогічного контролю життєдіяльності жінок, які постраждали від сімейного насильства; розробка правових основ видачі допомоги жінкам, які постраждали від сімейного насильства; організація різних форм установ соціального захисту жінок, які постраждали від сімейного насильства (центрів соціального захисту, реабілітаційних центрів, кризових стаціонарів, інтернатів, консультацій, пунктів видачі допомоги); підготовка і підвищення кваліфікації фахівців з роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства; соціальна реклама державної і місцевої соціальної анти насильницької політики; проведення соціологічних і маркетингових досліджень проблеми.

Реалізуючи на практиці ці та інші можливі напрямки діяльності соціального захисту і соціальної підтримки жінок, які постраждали від сімейного насильства, соціальні працівники і співробітники соціальних служб повинні враховувати їх соціокультурні характеристики.

Наступним компонентом нашої системи виступають форми та методи соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства. Основними формами соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства, є: 1) екстрена психологічна допомога при гострій травмі насильства і посттравматичному стресі; 2) тривале супровід в процесі індивідуального консультування і групової роботи.

Екстрена допомога жертвам насильства організаційно здійснюється у формі „гарячої лінії” – телефонів довіри, індивідуальної консультації, групової роботи та надання притулку. Основними завданнями екстреного короткострокового супроводу жертв насильства є оцінка безпеки членів сім'ї, вжиття заходів щодо забезпечення їх фізичної та психологічної безпеки, нормалізація психічного стану потерпілих. У випадку необхідності рекомендується напрямок в медичні та правоохоронні органи.

Тривала реабілітація починається з індивідуального консультування.

В процесі індивідуального консультування слід визначити ступінь глибини руйнівного впливу насильства на особистість потерпілої. В залежності від конкретної мети виділяються три види консультування: інформуюче і орієнтуюче, особистісно-підтримуюче та особистісно-змінююче. Інформаційне і орієнтуюче консультування спрямоване на надання необхідної психологічної інформації за запитом клієнтки, а також надання допомоги в виборі шляхів і засобів подолання сімейного насильства. Мета особистісно-підтримуючого консультування

– допомога в стабілізації особистості і зміцненні її захисту. Особистісно-змінює консультування є самим складним і направлено до гармонізації особистості через опрацювання і усвідомлення внутрішніх конфліктів.

Психологічний контракт – завершальний етап консультування. є результатом спільної з клієнтом постановки мети і завдань консультування, а також дій, необхідних для вирішення сімейних та внутрішньо особистісних проблем клієнта. Укладення контракту саме по собі є методикою розвитку впевненості в собі на основі реалістичності і розвитку особистої відповідальності. В останні роки процедура психологічного договору все частіше використовується як окремий значний етап роботи.

Групові психотерапевтичні технології для жінок, що зазнали насильства – це спрямовані на надання психологічної допомоги через групову підтримку і виявлення позитивних особистісних ресурсів.

При проведенні групових форм роботи обов'язок соціального працівника, в першу чергу, забезпечити взаємоповагу, впевненість, довіру і рівноваженість членів групи, а також надати можливість для того, щоб розглянути проблему насильства більш докладно.

В деяких випадках, працюючи з жінками, постраждалими від різних форм внутрісімейного насильства, більш ефективними методами реабілітаційної роботи є включення в арт-терапевтичні групи. Образотворча діяльність полегшує доступ до пригнічених у результаті травми почуттів, відновлює самоповагу і дарує позитивні емоції. У образотворчій діяльності часто виштовхуються агресивні тенденції, що перериває новий цикл насильства. Для жінок, які зібралися разом з метою перейти від старого способу життя до нового, більш здорового, процес творчого самовираження є відмінним інструментом, що дозволяє впоратися зі змінами.

Основними завданнями арт-терапевтичної групи є посилення позиції жінок, робота з почуттям провини, страху, гніву, підвищення самооцінки, пошук ресурсів для відновлення фізичного і психічного здоров'я, робота з майбутнім.

До ефективних методів групової роботи з жінками-жертвами насильства можуть бути віднесені: групи поетичної психотерапії, виготовлення мініатюр-масок, образотворча діяльність. Так, зокрема, метод драмотерапії припускає розігрування драматичних сцен з метою від реагування і трансформації негативного емоційного досвіду. У роботі з жінками, які пережили насильство, цей метод довів свою ефективність. Одним із прийомів роботи є драматичне зображення будь-яких предметів, істот, явищ природи з паралельним розповіддю про пережитих почуттях, які виникають думках, асоціаціях. На відміну від інших підходів, в яких також використовується програвання метафори власного стану (психодрама, гештальт-терапія та: ін), драмотерапія припускає театралізацію експресивного акту клієнта.

Між окремими кроками клієнт повинен здійснювати релаксацію. Розслаблення антагоністично напрузі і знижує страх. Одним з найпоширеніших методів релаксації є прогресивна м'язова релаксація Джекобсона. Методика полягає в поетапному напрузі груп м'язів з наступним їх розслабленням. Техніка заснована на фізіологічній закономірності природної зміни напруги розслабленням після фізичних навантажень. Для релаксації широко використовуються також музика, візуалізації та самонавіювання.

Техніка формування поведінки, заснована на заохочення і покарання, враховує величину, значимість для клієнта, час, послідовність і систематичність підкріплення. Підкріплення може носити як матеріальний, так і моральний, психологічний характер. Тренінг впевненої поведінки і самозахисту, який проводиться при завершенні психологічного супроводу, ґрунтується на пред'явленні моделі бажаної поведінки і систематичному повторенні навичок комунікації аж до їх закріплення. Застосування біхевіоральних методик стає більш ефективним, якщо клієнт залучається до визначення цілей спільної роботи і поступово бере на себе контроль за використання цих технік.

Отже, найбільш ефективні методи реабілітації жінок, потерпілих від насильства в сім'ї, можуть застосовуватися на практиці і використовуватися в якості основних методів реабілітації в кризових центрах для жінок.

Таким чином, для визначення основних орієнтирів соціальної роботи з жінками, що зазнали сімейного насильства, ми звернулися до системного підходу. Система соціальної роботи з жінками, що зазнали сімейного насильства має традиційні компоненти: мета, об'єкт, суб'єкт, зміст і технології. Метою системи роботи соціального працівника з жінками, що зазнали сімейного насильства є створення оптимальних умов для саморозвитку й соціалізації особистості, здійснення процесу соціальної адаптації. Об'єктом системи соціальної роботи з жінками, що зазнали сімейного насильства є власне жінки, що зазнали сімейного насильства, та їх сім'ї. До суб'єктів адаптаційної діяльності відносять як фізичних осіб, так і соціальні інститути. Змістом соціальної роботи з жінками, що зазнали сімейного насильства, є формування і подальший розвиток гармонійної системи взаємовідносин жінок, що зазнали сімейного насильства, із соціальним оточенням, вирішення проблем матеріальної компенсації понесеного збитку, трудова і професійна адаптація, формування і розвиток системи правового захисту жінками, що зазнали сімейного насильства, попередження всіх форм їх дискримінації, психологічна адаптація і реабілітація жінками, що зазнали сімейного насильства, створення умов, необхідних для успішної інтеграції жінками, що зазнали сімейного насильства у суспільство, налагодження нових стосунків із різноманітними соціальними інститутами. Основними формами є 1) екстрена психологічна допомога при гострій травмі насильства і посттравматичному стресі; 2) тривале

супровід в процесі індивідуального консультування і групової роботи. До ефективних методів групової роботи з жінками-жертвами насильства можуть бути віднесені: групи поетичної психотерапії, виготовлення мініатюр-масок, образотворча діяльність, індивідуальне консультування, групові методики, драмо терапія, „гарячі лінії” тощо.

Список використаної література

1. Бондаровська В. М. Що ми можемо зробити, щоб запобігти домашньому насильству: Роздуми та поради психолога / В. М. Бондаровська. – К., 1999. – 63 с. **2. Ілікчієва К. І.** Насильство щодо жінок: історико – соціальні аспекти // Часопис Київського університету права/ К. І. Ілікчієва. – К., 2007. – № 1. – С.147-151. **3. Капська А. Й.** Технології соціально-профілактичної роботи : Навч. посібник / А. Й. Капська. – К., 2000. – 372 с. **4. Лавріненко Н.** Проблема насильства щодо жінок / Н. Лавріненко // Гендерний аналіз українського суспільства. – К. : ПРООН, 1999. – С.223-230. **5. Холостова Є. І.** Технології соціальної роботи : Навч. посіб. / Є. І. Холостова. – М. : ІНФРА, 2001. – 400 с.

Пугачева А. С. Система соціальної роботи з жінками, які постраждали від сімейного насильства

У статті розкривається система соціальної роботи з жінками, що зазнали сімейного насильства. Автор визначає такі елементи системи: мета, об'єкт, суб'єкт, зміст і технології соціальної роботи з жінками, що постраждали від сімейного насильства .

Ключові слова: робота з жінками, постраждалі від насильства, технології соціальної роботи, консультування, арт-терапія.

Пугачева А. С. Система социальной работы с женщинами, которые пострадали от семейного насилия

В статье раскрывается система социальной работы с женщинами, подвергшимися семейному насилию. Автор определяет следующие элементы системы: цель, объект, субъект, содержание и технологии социальной работы с женщинами, пострадавшими от семейного насилия.

Ключевые слова: работа с женщинами, пострадавшие от насилия, технологии социальной работы, консультирования, арт-терапия

Pugacheva A. Sistema social work with women which suffered from domestic violence

In the article were explained the system of social work with women who have suffered domestic violence. The author identifies the following elements of the system, there are the goal, the object, the subject, the content and technology of social work with women who have suffered domestic violence.

Key words: work with women, пострадавшие from violence, technologies of social work, advising, art-therapy

СІМ'Я ЯК ПРОБЛЕМНЕ ПОЛЕ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 37.013.42:[316.362:316.624]

О. О. Гришанова

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНА СІМ'Я ЯК ЧИННИК ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ШКОЛЯРІВ

Важливим інститутом соціального виховання є сім'я, як система дій і відносин, яка виконує соціальні функції відтворювання людини, здійснює соціальний контроль за вчинками своїх членів завдяки системі позитивних і негативних санкцій, є першоосновою духовного, економічного та соціального розвитку суспільства.

Протягом останніх десятиріч, сім'я залишається провідним інститутом соціального виховання, а дисфункціональна сім'я залишається основним детермінантом девіантної поведінки школярів. Різні аспекти цієї проблеми висвітлені у працях А. Белкіна, З. Зайцевої, І. Зверевої, в. Лютого, Н. Онищенко та ін. Також дослідженнями взаємозв'язку сімейного виховання та розвитку девіацій у школярів займалися: В. Оржеховська, Т. Федорченко, Т. Кравченко, Ю. Пудовочкин, А. Капська, В. Тюріна, М. Фіцула, О. Хромова, І. Парфенович та ін. Та одними з перших проблемою дисфункціональних сімей та їх впливу на розвиток поведінки дітей зацікавилися такі вітчизняні педагоги як А. С. Макаренко і В. О. Сухомлинський. Основну причину важковиховуваності В. О. Сухомлинський вбачав саме в недоліках сімейного виховання. Усі без винятку діти, які мають відхилення у поведінці – це діти, „які в рідній сім'ї відчувають, що вони нікому не потрібні – ні матері, ні батькові...Вони, ці діти, не знають людських радощів, і в цьому їхня трагедія, моральне нещастя” [6, с. 51].

Аналіз літератури з проблеми дослідження показав, що серед факторів девіантної поведінки школярів головне місце посідають прогалини у сімейному вихованні. Таким чином можна стверджувати, що проблема девіантної поведінки школярів, зумовленої недоліками сімейного виховання є досить актуальною, тому *метою* нашої статті є аналіз недоліків сімейного виховання як чинників девіантної поведінки школярів.

Сучасні дослідники сім'ї, такі як Т. Алексеєнко, І. Зверева, О. Безпалько, Г. Лактіонова, І. Трубавіна та ін. зупиняються на такому тлумаченні поняття *сім'я* – динамічна соціальна група людей, котрі разом проживають, пов'язані родинними відносинами (шлюб, кровної спорідненості, усиновлення, опіки), спільністю формування і задоволення соціально-економічних та інших потреб, взаємною моральною відповідальністю, виконанням певних функцій у суспільстві тощо.

Дисфункціональною називається сім'я, в якій функції, що покладені на неї, не виконуються або виконуються неефективно. До даного стану веде не якийсь певний вид неблагополуччя, а саме порушення функції, яке є результатом дії багатьох чинників.

Серед основних чинників, котрі сприяють появі різного роду дисфункцій, виділено:

- Наявність постійних конфліктів у сім'ї як між батьками і дітьми, так і між подружжям та несприятливий клімат стосунків.

- Відсутність одного з батьків.

- Аморальна або асоціальна поведінка батьків.

- Недостатня матеріальна забезпеченість сім'ї.

- Педагогічна безграмотність батьків.

- Несприятливі психологічні особливості батьків (наявність виражених акцентуацій характеру, невротичні прояви, внутрішня конфліктність та ін.).

Особливості соціалізації дитини в сім'ї обумовлені передусім особливостями батьківства – соціально-психологічного феномену, що є сукупністю знань, уявлень та переконань стосовно себе у батьківській ролі, які реалізуються у всіх проявах поведінкового аспекту батьківства [2, с. 129; 1, с. 14].

У сучасному суспільстві, нажаль, визначається тенденція до зниження рівня батьківського виховання. Сім'я – природне середовище соціалізації дітей, але з кожним роком не меншає дітей, які втікають з рідної оселі. Проблеми стають дедалі гострішими. Знижується доступність освіти для дітей з неблагополучних сімей. Це стосується нездатності сімей забезпечити якісну освіту: побутові умови, доступність навчальної літератури, повноцінне харчування тощо. У сукупності негативних чинників дисфункціоналізації сім'ї відбувається розвиток негативних явищ у соціальній, побутовій, дозвіллевій сферах [6, с. 55]. Тому, помилки і недоліки виховання дітей у сім'ї можна розглядати як один з чинників девіантної поведінки школярів.

Встановлено, що найтипівішими помилками сімейного виховання є: дефіцити позитивного спілкування батьків з дітьми; відсутність у дорослих власних стійких моральних устоїв; організація життя у сім'ї не сприяє формуванню у дитини моральних звичок; батьки не знають і не розуміють внутрішнього світу своєї дитини; недобррозичливе, грубе ставлення дорослих до дитини. Зловживання батьками спиртними напоями, наркотичними речовинами; турбота лише про матеріальне благополуччя сім'ї на шкоду духовному, моральному всіх членів сім'ї, насамперед, дітей [5, с.136].

Проаналізуємо детальніше деякі вище зазначені помилки, недоліки і прорахунки сімейного виховання, які є чинниками девіантної поведінки школярів.

У неблагополучних сім'ях часто порушені контакти дітей з батьками, в подібних ситуаціях діти стають замкнутими, агресивними.

Це пов'язано з тим, що зменшується взаємна інформованість один про одного. Батьки і діти втрачають інтерес до взаємного спілкування, що ще більшою мірою ускладнює взаємини. Дослідження Л. Б. Філонова показали, що така якість особистості, як жорстокість, розвивається на ґрунті холодних байдужих відносин, за відсутності позитивного емоційного спілкування. В умовах життя в кримінальній родині спостерігається відсутність духовних контактів, взаємної довіри батьків і дітей, що не створює в сім'ї почуття безпеки, емоційного комфорту і не сприяє формуванню і підтримці батьківського авторитету, тому є найважливішим фактором розвитку негативних рис характеру, важковиховуваних, що відхиляється і т. п. [8, с. 28].

Часто спотворення моральної атмосфери в сім'ї пов'язано з алкоголізмом батьків або інших родичів, їх аморальною поведінкою

Психіатр Я. Я. Боднянська обстежила 114 дітей з 70 сімей з питущими батьками. У 20 відсотках спостережень у ранньому віці діти відставали у фізичному розвитку від своїх однолітків, погано додавали в масі, росли слабкими і хворобливими, пізно починали ходити і говорити; 8 дітей народилися з каліцтвами. Більш ніж у половині випадків діти страждали тим чи іншим видом нервово – психічної патології – розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку, неврозами, патологією характеру, епілепсію і т. п. [3, с. 38].

Наявність різких негараздів між подружжям впливає на психічний та соціальний розвиток дитини. Майже 2 млн. дітей в Україні виховуються в сім'ях, де поганий мікроклімат негативно впливає на психіку та адаптаційні моделі. За свідченням даних кримінальної міліції у справах дітей 80% підлітків, засуджених за крадіжки виховувались у дисфункціональних сім'ях, решта, – тобто кожен п'ятий – у формально благополучних сім'ях, де матеріальний рівень достатній для вдоволення нормальних соціальних потреб неповнолітніх, розвитку їх інтересів, але забезпечений цей рівень за рахунок легкої наживи. В таких сім'ях моральна атмосфера, соціальна позиція і ціннісні орієнтації носять егоїстичний характер. Серед багатьох чинників слід звернути увагу на відсутність духовного благополуччя.

Дитина відчуває соціально-психологічні втрати, коли відсутня емоційна підтримка, і виражає свої страждання через дезадаптивну поведінку. Дослідженнями Т. Алєєксеєнко, А. Капської, Т. Кравченко, В. Тюріної, М. Фіцули, О. Хромової визначено, що емоційний фон є значимим чинником негативних вчинків дитини. Вони припадають на кризові періоди розвитку дитини, що значно підсилює їх негативний вплив [1, с. 15; 4, с. 107].

В неблагополучних сім'ях часто спостерігається зайва суворість батьків по відношенню до дітей, надмірне використання обмежень і заборон, покарань, що принижують дітей, що ображають їх людську гідність, чи потурання, в результаті якого у дітей формується стійка

неприязнь до батьків, відбувається вихід дітей з-під контролю, порушення довіри, і в кінцевому підсумку формуються стійкі відхилення в поведінці. Недарма широко відомий той факт, що з сімей, де повсякденна поведінка дорослих носить антигромадський характер, виходить у 10 разів більше дітей з відхиленнями в поведінці, ніж з моральної і благополучної.

В умовах хронічного конфлікту з „сімейною жорстокістю”, яка виражається не тільки в емоційному відкиданні дітей, але і у систематичному заподіянні їм побоїв, штовхань, сексуального насильства. Доведено, що жорстоке поводження являє значний фактор ризику виникнення несприятливих наслідків у розвитку дитини. При цьому у постраждалих дітей відзначається низький рівень соціального функціонування з різними формами агресивної і деструктивної поведінки. Суперечливе і принижуюче виховання призводить до формування агресивно-захисного типу поведінки дітей з підвищеною збудливістю і нестійкістю; деспотичне (жорстоке) виховання – до вироблення пасивно-захисного типу поведінки з загальмованістю, боязкістю, невпевненістю у собі і залежністю від чужих думок. А у віддаленому майбутньому – до поведінкових розладів, пов'язаних з асоціальними особистісними деформаціями. Взагалі, зазначаючи головний механізм впливу негативних умов виховання, зауважимо, що несприятливі умови з боку сім'ї, яких зазнала дитина в дитячому і підлітковому віці, можуть датися в знаки при зіткненні із певною життєвою ситуацією через багато років. Це, так би мовити, проблеми неблагополучної сім'ї зі зміщенням у часі, на що вказують психологи, соціологи і юристи [7, с. 56; 3, с. 37].

Всі функціонально-неспроможні сім'ї можна умовно розділити на такі стилі: потурально-послаблений стиль сім'ї, позиція кругової оборони, демонстративний, педантично-підозрілий, жорстоко-авторитарний, застерігальний, відсторонено-байдужий, виховання за типом „кумир сім'ї”, непослідовний. Розглянемо взаємодію батьків і дітей у сім'ях різного стилю і до яких поведінкових відхилень у дітей призводить така взаємодія.

Потурально-послаблений стиль сім'ї характеризується тим, що батьки не надають значення проступкам дітей, не бачать у них нічого страшного, вважають, що „всі діти такі ” або „ми самі були такими ж”. Педагогу, психологу в подібних випадках буває дуже важко змінити самозаспокійливий настрій батьків, примусити їх серйозніше реагувати на проблемні моменти в поведінці дитини.

Позиція кругової оборони характеризується агресивною налаштованістю батьків по відношенню до всіх, хто вказує на неправильну поведінку їхніх дітей. Навіть здійснення підлітком тяжкого злочину не є аргументом для батьків. Вони постійно продовжують шукати винних, окрім себе і своїх дітей. Діти в таких сім'ях мстиві, брехливі і жорстокі, дуже важко піддаються перевихованню.

При *демонстративному* стилі сім'ї батьки, частіше мати, не соромлячись, усім і кожному жаліються на свою дитину, розповідають про її проступки, явно перебільшуючи ступінь їх небезпеки. Це призводить до втрати у дитини почуття соромливості, розкаяння за свої проступки, озлоблення по відношенню до дорослих, батьків, знімає внутрішній контроль за своєю поведінкою.

Педантично-підозрілий стиль характеризується тим, що батьки не вірять, не довіряють, піддають їх образливому тотальному контролю, намагаються їх повністю ізолювати від однолітків, друзів, намагаються абсолютно контролювати вільний час дитини, коло її інтересів, занять, спілкування. В таких сім'ях діти не довіряють батькам і більше намагаються спілкуватися в колі однолітків, довіряючи їм найтаємніше.

Жорстоко-авторитарний стиль характеризується зловживанням батьками фізичними покараннями, частіше батько. Воно з кожного приводу жорстоко карають дитину, вважають, що існує лише один ефективний виховний прийом – фізичне покарання. Діти в подібних випадках ростуть агресивними, жорстокими, намагаються кривдити слабших, маленьких, беззахисних (часто спостерігається жорстокість до тварин).

При *застерігальному* – батьки проявляють по відношенню до своїх дітей повну безпомічність, переважно застерігають їх, нескінченно умовляють, не застосовують ніяких вольових дій і покарань. Діти в таких сім'ях стають неконтрольованими. Від педагогів навчальних закладів в роботі з такими дітьми вимагається твердість, вимогливість як у ставленні до неповнолітнього так і до його батьків.

Відсторонено-байдужий стиль характеризується тим, що батьки, особливо мати, зайняті облаштуванням свого особистого життя. Повторно вийшовши заміж, мати не знаходить ні часу, ні душевних сил для своїх дітей від першого шлюбу, байдужа як до самих дітей так і до їхніх проступків. В такій ситуації діти надані самі собі, відчують себе зайвими, намагаються менше бути вдома, боляче сприймають байдуже ставлення матері. Вони з подякою сприймають зацікавлене, доброзичливе ставлення з боку старшого, можуть прив'язуватися до вихователів, педагогів, і ставляться до них з більшою теплотою, довірою, ніж до батьків.

Виховання за типом „кумир сім'ї” характерне для немолодих батьків або одинокої жінки по відношенню до „пізніх дітей”, коли довгоочікувана дитина нарешті народжується. На дитину готові молитись, всі її бажання і примхи виконуються, формується крайній егоцентризм, егоїзм, першими жертвами якого стають самі ж батьки.

Непоследовний стиль спостерігається коли у батьків, особливо у матері, не вистачає витримки, самоволодіння для здійснення послідовної виховної тактики в сім'ї. Різкі емоційні перепади у стосунках з дітьми – від покарання, сліз до ласкавих проявів, призводить до втрати батьківського впливу на дітей. Підліток стає некерованим,

непередбачуваним, нехтує думкою старших, батьків. В роботі з такими дітьми необхідна терпляча, тверда, послідовна лінія поведінки вихователя, педагога, психолога [7, с. 57-58].

З метою вдосконалення виховного процесу в сім'ї та усуненні негативних чинників, починаючи з середини 90-х рр. ХХ ст. простежується тенденція суттєвого розширення змісту та форм профілактичної роботи з сім'ями, де виховуються діти з різними формами девіантної поведінки. Наприклад, впродовж останніх років у сучасній соціально-педагогічній діяльності починають впроваджувати такі інновації як сімейні групові наради, соціальний супровід підлітків з делінквентною поведінкою. Важливе місце в системі соціально-педагогічної роботи з підлітками із девіантною поведінкою (насамперед, з делінквентною) посідає інспектування сімей дітей груп ризику, зокрема проведення рейдів із залученням психолога, соціального педагога, класного керівника, представника служби у справах дітей, кримінальної міліції у справах неповнолітніх.

Отже, сім'я займає головне місце у формуванні особистості, вона бере з перших днів життя дитини на себе турботу про її здоров'я і виховання, сім'я виробляє певні уявлення і навички, допомагає здійснювати соціальні контакти тощо. Та на сьогоднішній день сім'я, нажаль, також може являться і одним із чинників девіантної поведінки неповнолітніх, тож сьогодні зайве говорити про здатність багатьох батьків подолати негативні прояви у поведінці дітей. Аналіз негативної ролі сім'ї свідчить, що в ній, поряд з традиційними вадами в сімейному житті, що супроводжуються поведінковими девіаціями, з'явилися і такі відхилення, як соціальна неспроможність батьків до виховання дитини, байдужість до виховання і поведінки дітей, невміння чи небажання їх виховувати, порушення емоційної структури сім'ї, знищення виховних цінностей, загроза розлучення, насилля і жорстокість як в стосунках між подружжям так і по відношенню до дітей, матеріальна скрута. Тому, соціально-педагогічна робота з такими сім'ями має бути спрямована на забезпечення цілеспрямованого впливу на сімейне мікросередовище та особистість девіантного школяра з метою усунення чинників, що негативно впливають на його соціалізацію та спричиняють подальші відхилення у поведінці.

Список використаної літератури

1. Алексєєнко Т. Ф. Методологічні засади соціалізації особистості у контексті соціальних проблем / Виховання дітей та молоді у контексті розвитку громадянського суспільства : зб. Наук. Праць / Т. Ф. Алексєєнко. – Херсон : ХДУ, 2003. – Вип. 35. Педагогічні науки. – С. 14-17. **2. Безпалько О. В.** Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / О. В. Безпалько – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 208 с. **3. Ганишина И. С.** Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних /

И. С. Ганишина, А. И. Ушатников. – Москва-Воронеж : ОАО «Воронеж», 2006. – 288 с. **4. Кравченко Т. В.** Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії сім'ї і школи розвитку : [монографія] / Т. В. Кравченко. – К. : Фенікс, 2009. – 416 с. **5. Оржеховська В. М.** Профілактика девіантної поведінки неповнолітніх : [навч.-метод. пос.] / В. М. Оржеховська, Т. Є. Федорченко. – Черкаси : Вид-во Чабаненко, 2008. – 376 с. **6. Сухомлинський В. А.** Методика виховання колектива / В. А. Сухомлинський. – М. : Просвещение, 1981. – 192 с. **7. Федорченко Т. Є.** Профілактика девіантної поведінки школярів в умовах соціокультурного середовища: соціально-педагогічний аспект : [монографія] / Т. Є. Федорченко. – Черкаси : ФОП Чабаненко Ю. А., 2011. – 492 с. **8. Филонов Л. Б.** Детерминация возникновения и развития отрицательных черт характера у лиц с отклоняющимся поведением / Л. Б. Филонов// Психология формирования и развития личности. – М., 1981. – С. 21-32.

Гришанова О. О. Дисфункціональна сім'я як чинник девіантної поведінки школярів

В даній статті розкривається сутність таких понять як „сім'я” і „батьківство”. Розглядаються найпоширеніші помилки сімейного виховання, які є чинниками девіантної поведінки школярів; проаналізовано стилі виховання в функціонально-неспроможних сім'ях та їх наслідки.

Ключові слова: сім'я, батьківство, соціалізація, девіантна поведінка.

Гришанова А. А. Дисфункциональная семья как фактор девиантного поведения школьников

В данной статье раскрывается сущность таких понятий как „семья” и „родительство”. Рассматриваются наиболее распространенные ошибки семейного воспитания, которые являются факторами девиантного поведения школьников; проанализированы стили воспитания в функционально-несостоятельных семьях и их последствия.

Ключевые слова: семья, родительство, социализация, девиантное поведение.

Grishanova A. Dysfunctional family as a factor of deviant behavior of schoolchildren

This article reveals the essence of concepts such as "family" and "parenthood". Discusses the most common mistakes of family education, which are the factors of deviant behavior of pupils; analyzed parenting styles in functionally insolvent families and their consequences.

Key words: family, parenting, socialization, deviant behavior.

К. І. Єфремова

ГОТОВНІСТЬ ДО СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Сучасний етап розвитку українського суспільства позначений великою кількістю розлучень, особливо серед молодих пар, спричинених кризою інституту сім'ї. В такій ситуації достатньо актуальною постає проблема готовності молоді до шлюбу та сімейного життя.

Юнацький вік – це період життєвого і професійного самовизначення особистості. Цей період життя людини характеризується активним становленням особистості, виникненням і розвитком значимих психологічних новотворів, задіяних у всіх проявах когнітивного й емоційного відношення до світу, – в оцінці реальної дійсності й оточуючих людей, у прогнозуванні своєї соціальної активності, у плануванні майбутнього і самореалізації, у формуванні власних уявлень про світ і про себе самого.

Аналіз наукової літератури і життєва практика свідчать про те, що молодята часто зазнають труднощів, обумовлених їх психологічною невідповідністю: низьким рівнем психологічних знань, не сформованістю якостей сім'янина, невмінням вирішувати міжособистісні проблеми, нездатністю проявляти емпатію, взаємоповагу, турботу. Все це викликає у них незадоволення, розчарування, невпевненість у собі, небажання разом з партнером налагоджувати сімейні взаємини, зниження мотивації шлюбу.

Певний вклад у вивчення готовності молоді до сімейного життя внесли М. І. Алексєєва, М. В. Вовчик-Блакитна, Т. В. Говорун, І. В. Гребенніков, І. В. Дубровіна, С. В. Ковальов, А. М. Прихожан, І. А. Трухін, А. Т. Суворова, З. Г. Кисарчук та інші. Вони стимулювали інтерес до дослідження проблеми формування різних аспектів готовності до одруження. Однак, недостатньо вивченими залишилися питання змісту, структури готовності до шлюбу, шляхів поліпшення підготовки молоді до сімейного життя.

Мета даної статті є аналіз готовності до сімейного життя сучасною молоддю.

Сім'я – важливий соціальний інститут, у ньому розгортається процес соціалізації людини, і будь-які, навіть не яскраво виражені, зміни цього інституту свідчать про зміни в інших областях людського життя, держави, суспільства.

Підготовка до сімейного життя – це складний цілісний процес, показником результативності якого є готовність молодих людей правильно будувати свої взаємини у подружньому житті. У зв'язку з тенденцією до різкого омолодження шлюбу актуальною стає підготовка до одруження молоді.

Суспільство, яке прагне економічного розвитку і процвітання, має бути дуже зацікавлене в міцній та здоровій сім'ї. Нинішні зміни, які відбуваються в Україні, стосуються і проблем сім'ї, повернення її цінностей, як запоруки існування держави, її благополуччя.

Основою для формування сім'ї є шлюб як санкціонована суспільством форма стосунків між особами різної статі. Для кожної дорослої людини шлюб означає збагачення, наповнення свого життя новим значенням і змістом.

Багато фахівців використовують визначення родини, запропоноване А.Г. Харчевим: „родина – це історично-конкретна система взаємин між подружжям, між батьками і дітьми, це мала соціальна група, члени якої зв'язані шлюбними чи батьківськими відносинами, спільністю побуту і взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність у якій обумовлена потребою суспільства у фізичному і духовному відтворенні населення” [1, с. 571].

Поняття „готовність до шлюбу та сімейного життя” передбачає розуміння молодими людьми, які створюють сім'ю, її соціальної сутності, суспільної значущості своїх дій, відповідних зобов'язань одного перед одним, відповідальності за сім'ю і дітей, добровільне прийняття неминучих у сімейному житті турбот, певне обмеження особистої свободи. Підготовленість до сімейного життя означає сформованість у молодих людей навичок здорового способу життя, наявність достатніх психолого-педагогічних, юридичних, економічних, медичних знань з питань становлення особистості, формування статево-рольової ідентифікації, розвитку комунікативних навичок, корекції особистих проблем, духовного виховання, створення власного іміджу; володіння знаннями медико-соціальних проблем алкоголізму, наркоманії, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом, планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я молоді, профілактики вагітності, народження здорових дітей, розвитку сімейних традицій тощо. Без цієї готовності перехід від неформальних взаємин емоційного характеру (кохання) до формальних – регламентованих і обов'язкових стосунків між партнерами по шлюбу – виявляється пов'язаним зі значними труднощами.

У сучасній науково-методичній літературі виокремлюється поняття готовності особистості до шлюбу і сімейного життя, яке включає, зокрема, такі компоненти:

а) фізична і фізіологічна зрілість майбутнього подружжя, коли чоловік стає здатний зачати, а жінка виносити й народити здорову дитину; при цьому існує реальна суперечність між юридично встановленим шлюбним віком, що свідчить передусім про фізичну зрілість майбутнього подружжя, і їх соціальною зрілістю, яка найчастіше настає значно пізніше;

б) соціальна готовність, яка означає, що майбутні шлюбні партнери є рівноправними членами суспільства, які спроможні

виконувати соціальні ролі та обов'язки, усвідомлюють правову основу шлюбу, готові взяти на себе відповідальність одне за одного і за своїх дітей, здатні матеріально забезпечити сім'ю;

в) етико-психологічна готовність, що передбачає сформованість адекватних шлюбно-сімейних стосунків, уявлень майбутнього подружжя про шлюб і сім'ю, подружні і батьківські обов'язки, розуміння співвідношення між любов'ю і шлюбом; уміння цінувати особистісні якості партнера, об'єктивно оцінювати власні почуття і ставлення до обранця; спрямованість на іншу людину; розуміння основ формування психологічно здорової сім'ї, створення сприятливого соціально-психологічного клімату сім'ї і наявність відповідних умінь; при цьому для того, хто бере шлюб, важливо вміти спроектувати реальну модель майбутньої сім'ї, її уклад з урахуванням впливу способу життя батьківських родин, матеріально-економічних можливостей, шляхів реалізації спільних планів на майбутнє;

г) сексуальна готовність, орієнтація на спільність сексуально-еротичних переживань з коханим партнером іншої статі, якому людина довіряє і на чий довіру здатна відповідати, з якою вона хоче й може поділяти відповідальність за спільну працю, продовження роду й відпочинок для того, щоб забезпечити можливості сприятливого розвитку дітей; при цьому важливе значення має наявність знань з анатомії і фізіології, культури статевого спілкування.

Готовність молоді до сімейного життя є багатоаспектною категорією. На думку І.В. Гребеннікова, її структуру складають такі елементи:

1. Загальносоціальна готовність включає розуміння та прийняття молоддю політики держави у сфері шлюбно-сімейних стосунків та демографії.

2. Етична готовність передбачає наявність у молодих людей таких якостей як рівноправне ставлення до представників протилежної статі; повага до матері, батька, відповідальність, чесність, вірність, стриманість, доброта, поступливість; усвідомлення моральних основ шлюбно-сімейних відносин; почуття обов'язку перед дружиною (чоловіком), сім'єю, дітьми; культура інтимних почуттів.

3. Психологічна готовність базується на сформованості уявлень про особистість як рівень розвитку індивіда; психологічні основи шлюбу та сімейного життя; процес розвитку почуттів, необхідних для шлюбного та сімейного життя; механізми спілкування тощо.

4. Правова готовність передбачає ознайомленість молоді з основами законодавства про шлюб та сім'ю, обов'язками подружжя одного перед одним, перед дітьми, перед суспільством.

5. Фізіолого - гігієнічний компонент базується на знанні фізіологічних особливостей чоловічого та жіночого організмів, основ особистої гігієни тощо.

6. Педагогічна готовність передбачає сформованість уявлень

про: роль сім'ї у вихованні дітей; специфіку сімейного виховання; виховних функцій батька та матері; шляхи підвищення педагогічної культури батьків; володіння конкретними знаннями та вміннями з самовиховання та виховання дітей.

7. Естетичний компонент передбачає ставлення молоді до сімейного життя як до самостійної естетичної цінності.

8. Господарська готовність передбачає володіння знаннями про бюджет сім'ї, культуру побуту; вміння вести домашнє господарство [2, с. 158].

Серед факторів, що визначають стабільність молодих родин, Н.В. Малярова виділяє компоненти готовності молоді до шлюбу.

Це система соціально-психологічних установок особистості, що визначає емоційно-психологічне відношення до способу життя, цінностей шлюбу. Готовність до шлюбу – інтегральна категорія, що включає цілий комплекс аспектів:

1. Формування визначеного морального комплексу – готовність особистості прийняти на себе нову систему обов'язків стосовно свого шлюбного партнера, майбутніх дітей. Формування цього аспекту виявиться зв'язаним з розподілом ролей між подружжями.

2. Підготовленість до міжособистісного спілкування і співробітництва. Сім'я є малою групою, для нормального її функціонування потрібна погодженість ритмів життя чоловіка і жінки.

3. Здатність до самовідданості стосовно партнера. Здатність до такого почуття включає здатність до відповідної діяльності, заснованої насамперед на якостях і властивостях альтруїзму люблячої людини.

4. Наявність якостей, зв'язаних із проникненням у внутрішній світ людини, – емпатійний комплекс. Важливість цього аспекту зв'язана з тим, що шлюб за своїм характером стає більш психологічним у силу витонченості людини як особистості. У зв'язку з цим зростає роль психотерапевтичної функції шлюбу, успішної реалізації якої сприяє розвиток здатності до співпереживання, вміння співчувати емоційному світу партнера.

5. Висока естетична культура почуттів і поведінка особистості.

6. Уміння вирішувати конфлікти конструктивним способом, здатність до саморегуляції власної психіки і поведінки [2].

На думку психологів, морально-психологічна підготовленість особистості до шлюбу означає сприйняття цілого комплексу вимог, обов'язків і соціальних стандартів поведінки, якими регулюється сімейне життя.

До них відносяться:

а) готовність прийняти на себе нову систему обов'язків стосовно свого шлюбного партнера, майбутніх дітей і відповідальність за їхню поведінку;

б) розуміння прав і достоїнств інших членів сімейного союзу, визнання принципів рівності в людських відносинах;

в) прагнення до повсякденного спілкування і співробітництва, узгодженню взаємодій із представником протилежної статі, що у свою чергу припускає високу моральну культуру;

г) уміння пристосуватися до звичок і рис характеру іншої людини і розуміння її психічних станів.

Дослідник В. С. Торохтій вважає, що ці вимоги реалізуються в різних родин у різному ступені, на підставі цього очевидного факту він уводить поняття „здатність до шлюбу”, що припускає декілька складових.

1. Здатність піклуватися про іншу людину, самовіддано їй служити, активно робити добро.

2. Здатність співчувати, співпереживати, співчувати, тобто „входити” в емоційний світ партнера, розуміти його радості і прикраси, переживання і невдачі, поразки і перемоги, знаходити духовну єдність з іншою людиною.

3. Здатність до кооперації, співробітництву, міжособистісному спілкуванню, наявність навичок і умінь у здійсненні багатьох видів праці, організації домашнього споживання і розподілу.

4. Висока етична і психологічна культура, що припускає уміння бути терпимим і поблажливим, великодушним і добрим, приймати іншу людину з усіма дивинами і недоліками, придушувати власний егоїзм [3, с. 91].

Усі ці здібності є показниками уміння людини швидко змінювати свою поведінку відповідно до обставин, що змінюються, виявляти терпимість, стійкість і передбачуваність своєї поведінки, здатність до компромісу.

Б. С. Круглов пише, що система підготовки молоді до сімейного життя поряд з статевою освітою і статевим вихованням, поряд з формуванням навичок міжособистісного спілкування, що насамперед полягає в умінні порівнювати свої інтереси і вчинки з інтересами і вчинками іншого індивіда, повинна включати і формування визначеного рівня цивільно-правової свідомості, що з'єднує в собі цивільну відповідальність за свої дії з розумінням значимості кожного свого вчинку [4, с.63-68.].

Таким чином, дослідження сучасної сім'ї свідчать про недостатній рівень готовності молоді до шлюбу. І як наслідок – малодітність і розлучення. Дві третини розлучень припадають на перші п'ять років шлюбу. Це спричиняється багатьма факторами: завищеними очікуваннями від шлюбу, особистісною незрілістю подружжя, комунікативною некомпетентністю і т. ін.

Поділяючи та погоджуючись з думкою багатьох дослідників, можна сказати, що актуальною на сьогодні є спеціальна підготовка молоді до шлюбу і сімейного життя, яка передбачає:

– підвищення відповідальності молоді у шлюбно-сімейних стосунках, а також щодо батьківства;

- формування здорового способу життя через роз'яснення залежності сексуальності, можливості батьківства від наявності шкідливих звичок (куріння, алкоголізму, вживання наркотиків);
- формування психологічної компетентності щодо особливостей взаємин у сім'ї;
- висвітлення питань раціонального ведення господарства, ефективної організації бюджету сім'ї.

Список використаної літератури

1. Харчев А. Г. Шлюб и сім'я / А. Г. Харчев. – М. : Думка, 1979. – 571 с. **2. Гребенников И. В.** Основы семейной жизни / И. В. Гребенников – Москва : Просвещение, 1991. – 158 с. **3. Торохтий В. С.** Психология социальной работы с семьей / В. С. Торохтий. – М. : ЦСП РАО, 1996. – 218 с. **4. Круглов Б. С.** Правовое сознание как элемент психологической подготовки молодежи к семейной жизни / Б. С. Круглов // Вопросы психологии. – №4. – 1986. – С. 63-68.

Єфремова К. І. Готовність до сімейного життя як проблема сучасної молоді

Дана стаття розглядає: поняття „готовність молоді до сімейного життя та шлюбу”; рівень розвитку в соціально-педагогічних науках проблеми готовності молоді до шлюбу і сімейного життя, а також формування основних компонентів готовності молоді до вступу у шлюб та створення сім'ї.

Ключові слова: молодь, сім'я, готовність до сімейного життя, шлюб.

Ефремова К. И. Готовность к семейной жизни как проблема современной молодежи

Данная статья рассматривает: понятие „готовность молодежи к семейной жизни и брака”; уровень развития в социально-педагогических науках проблемы готовности молодежи к браку и семейной жизни, а также формирование основных компонентов готовности молодежи к вступлению в брак и созданию семьи.

Ключевые слова: молодежь, семья, готовность к семейной жизни, брак.

Efremova K. Ready for the family life to the problems of modern youth

This article considers the term „readiness of young people for family life and marriage”; the level of development of social-pedagogic science problems of readiness of youth to marriage and family life, as well as the formation of the basic components of readiness of young people for marriage and creation of family.

Key words: youth, family, ready for the family life, marriage.

К. С. Заливацька

СУТНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ СІМ'Ї, ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЮНОГО МАТЕРИНСТВА

Впродовж останніх десятиліть однією з соціальних проблем сучасності є юне материнство. Саме молоді матері – одна з найуразливіших в економічному, соціальному, психологічному, педагогічному аспектах соціально-психологічна підгрупа.

Негативними наслідками ранньої вагітності та материнства стають економічна неспроможність дівчат самостійно забезпечувати безпеку та якість життя собі й своїй дитині, соціальна ізоляваність, чисельні психологічні проблеми, дискримінація, небезпека для здоров'я та життя дитини, ризик відмови від неї.

Україна – одна з країн Східної Європи, де число вагітностей і пологів у підлітків з кожним роком зростає, яка займає одне з перших місць в Європі по показниках кількості абортів серед неповнолітніх. За даними І. Вовк, більше половини українських підлітків починають статеве життя у 14-15 років. Кожна п'ята вагітність в Україні настає у дівчини-підлітка. За даними Української Асоціації планування сім'ї 69,1% вагітностей у 15-19-річних жінок закінчуються штучним абортom; 14,5% – мимовільним викиднем і 16,4% – пологами [2, с. 64].

Виникнення та існування проблеми юних матерів є віддзеркаленням серйозних проблем світу, що швидко змінюється, а саме: проблем, обумовлених глобалізацією, урбанізацією, акселерацією, зміною цінностей у суспільстві, бідністю, застарілими гендерними стереотипами, втратою довіри підлітків до дорослих, послабленням функцій сім'ї як основного інституту соціалізації, недосконалістю системи соціального захисту, охорони здоров'я, соціального виховання.

В останні роки проблема юного материнства стала об'єктом досліджень багатьох науковців, так теоретичне обґрунтування сучасних підходів до проблеми юного материнства та соціальної роботи з ними розкрито у дослідженнях А. Андрієвич, С. Ліс, Л. Понтон, С. Хетчер.

Починаючи з кінця ХХ ст., важливу роль у розробці проблеми юного материнства відіграють російські дослідники, зокрема В. Брутман, Є. Брюхіна, Ю. Гуркіна, І. Каткова, А. Нагорна, Р. Овчарова та ін.

Концептуальні засади соціальної роботи з сім'ями, підготовки підлітків до сімейного життя, усвідомленого батьківства висвітлено у працях Т. Алексеєнко, Л. Буніної, Т. Говорун, В. Кравця, О. Песоцької, І. Трубавіної та ін.

Процеси акселерації, послаблення моральних настанов у молодіжному середовищі, зміни у сексуальній поведінці підлітків в нашій державі, нажаль, не супроводжуються відповідним розвитком

служб, які б надавали інформаційну, консультативну допомогу молоді з питань збереження репродуктивного здоров'я, планування сім'ї та відповідального батьківства в майбутньому.

На сучасному етапі серед організацій соціального сервісу в Україні провідна роль з попередження проблеми юного материнства належить центрам соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) – спеціалізованим закладам, на які державою покладено надання різних видів соціальних послуг та допомоги цільовим групам населення, і юним матерям зокрема. Саме тому **метою** нашої статті є теоретичний аналіз сутності та особливостей соціальної роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо вирішення проблеми юного материнства.

Зараз система центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (надалі ЦСССДМ) функціонує на декількох рівнях, а саме:

- *державному* (Державна служба для сім'ї, дітей та молоді);
- *регіональному* (регіональні ЦСССДМ відповідно до територіально-адміністративного поділу України);
- *місцевому* (районні, міські, селищні, сільські, районні у містах ЦСССДМ) [1].

Дану систему ЦСССДМ українські науковці І. Зверева, А. Капська, О. Кузьменко, Г. Лактіонова, І. Пінчук, С. Толстоухова та ін. характеризують як *поліфункціональну*, оскільки при центрах діють різні спеціалізовані формування, які мають змогу надавати широкий спектр послуг різним категоріям дітей, сімей та молоді.

Завдяки роботі таких формувань ЦСССДМ, в межах профілактики проблеми юного материнства мають змогу надавати послуги з підготовки молодих людей до сімейного життя, усвідомлення батьківства, збереження репродуктивного здоров'я, профілактики раннього сирітства забезпечувати діяльність спеціалізованих установ: служб соціальної підтримки сім'ї, консультаційних пунктів у пологових стаціонарах, жіночих консультаціях та будинках дитини, мобільних консультаційних службах „Телефон довіри”.

Так, у навчальних закладах створено *консультаційні пункти* – де молодь має можливість отримати індивідуальні консультації спеціалістів центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

У рамках роботи спеціалізованої служби соціальної профілактики проводяться *групові заняття* з підготовки старшокласників до створення сім'ї на теми: „Підготовка молоді до сімейного життя”, „Шлюб – основа сім'ї”, „Шляхи подолання проблем молодого подружжя як складова частина підготовки молоді до сімейного життя”, „Підготовка молоді до сімейного життя”, „Гендерна рівність у родині” тощо. У результаті такої роботи в учнівській молоді формується свідоме ставлення до репродуктивного здоров'я, шлюбу та батьківства.

Державний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у співпраці із Міністерством охорони здоров'я з метою створення системи

профілактики соціального сирітства та організації допомоги жінкам створює систему консультативних пунктів при пологових стаціонарах, жіночих консультаціях.

Так, відповідно до Наказу Міністерства України в справах сім'ї, молоді та спорту від 23.10.2006 № 3545 „Про затвердження Типового положення про консультаційний пункт центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у пологових стаціонарах, жіночих консультаціях та будинках дитини” [5] центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створили консультаційні пункти, розташовані в пологових будинках, жіночих консультаціях та будинках дитини.

Вони створюється як окремі спеціалізовані формування центру ЦСССДМ для здійснення соціальної роботи з:

- вагітними жінками та жінками, які народили дитину;
- із матерями, які мають намір відмовитися від новонародженої дитини;
- з батьками, або особами, які їх замінюють, які тимчасово влаштували дитину в будинок дитини;
- з батьками, у яких народилися діти з вадами розвитку, або померли новонароджені діти;
- з молодим подружжям;
- з неповнолітніми матерями [3].

Під час вагітності жінка, а особливо юна дівчина, перебуває в різних психологічних станах, піддаючись навколишнім впливам та емоціям. Тому наявність у лікарні, при пологовому відділенні чи жіночій консультації консультативного пункту, в якому чергують соціальні працівники, дуже актуальна.

Такі консультаційні пункти мають на меті здійснення профілактичної роботи з неповнолітніми та молодими матерями, а також з тими з них, які мають намір відмовитися від новонародженої дитини, забезпечення психологічної та соціальної підтримки вагітних жінок та жінок, які народили дитину, поширення засад відповідального, усвідомленого батьківства тощо [5].

Основними **напрямами** діяльності консультаційного пункту є [3]:

- встановлення причин відмови від дитини батьками чи одним із них (особливо, якщо це юні батьки);
- вжиття заходів щодо усунення відмов;
- співпраця з персоналом пологових будинків, жіночих консультацій, центрів планування сім'ї та соціальними центрами матері й дитини для здійснення соціальної роботи з матерями, які мають намір відмовитися від новонароджених дітей; із персоналом будинку дитини з метою повернення її в сімейне оточення;
- надання комплексу соціальних послуг, спрямованих на забезпечення сімейних стосунків між дитиною і матір'ю (сім'єю), на реінтеграцію дитини в сімейне оточення;
- здійснення соціального супроводу жінок, які мають намір

відмовитись від новонароджених дітей або змінили своє рішення.

Ще одним з напрямів соціальної роботи з юними матерями і попередження соціального сирітства є створення мережі *соціальних центрів матері й дитини*. Центр є закладом тимчасового проживання жінок в останній період вагітності та матерів з дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинилися в складних життєвих обставинах, що перешкоджають виконанню їх материнського обов'язку [7, с. 40]. Завдання та умови організації діяльності центру регулює Типове положення про соціальний центр матері та дитини, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2005 року № 879. Створення спеціалізованих закладів розпочалося в 2006 році, а на сьогодні в окремих містах та селищах країни функціонує 14 таких центрів [7, с. 40].

Метою діяльності центру матері та дитини є створення оптимальних умов перебування матері і дитини для закріплення взаємовідносин „мати-дитя”, набуття навиків взаємодії з дитиною, догляду за нею для її повноцінного розвитку.

За час перебування юних матерів у Центрі команда працівників допомагає їм набути навички з догляду за дитиною, готує їх до самостійного ухвалення рішень щодо своїх життєвих проблем. Це передбачає і набуття знань стосовно захисту власних прав і прав своєї дитини, налагодження контактів із родичами, розв'язання житлових та інших життєво важливих питань. Під час проживання в Центрі юні матері мають можливість продовжувати навчання, розпочати здобувати вищу освіту, відвідувати професійні курси тощо.

Таким, чином, перебування матері разом з дитиною, постійний контакт між ними сприяють формуванню системних механізмів взаємодії матері та немовляти, руйнації негативних установок жінки щодо виконання нею материнських обов'язків [6, с. 103].

У той самий час варто зазначити, що Центр матері та дитини, як і будь-який інший заклад, не є ідеальним засобом розв'язання проблем у системі профілактичної роботи. Часто соціальної роботи на місцях може бути досить, аби запобігти залишенню дітей у лікувальних закладах. Послуги Центру необхідно використовувати як останній ресурс, коли всі інші вичерпано. Час перебування в ньому має бути настільки коротким, наскільки це можливо, і настільки тривалим, наскільки це необхідно.

Також при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді функціонує спеціалізована служба „Родинний дім”, діяльність якої спрямована на надання консультації та допомоги за такими напрямками: підготовка молоді до сімейного життя, збереження репродуктивного здоров'я та формування здорового способу життя, статевого виховання дітей та підлітків, морального та фізичного здоров'я членів родини, стабілізації сімейних стосунків, запобігання конфліктів, розробка й видавництво тематичних навчальних матеріалів, методичних рекомендацій та інформаційно-довідкової літератури з питань психології

сімейних відносин, проведення науково-практичних конференцій з шлюбно-сімейної проблематики, збір статистичних даних, проведення наукових досліджень, анкетувань, тестувань щодо виявлення соціально-економічного становища сімей, молоді, жінок, дітей для використання в подальшій роботі [3].

Формування відповідального батьківства в діяльності ЦСССДМ, як умови попередження проблеми юного материнства, вирішує завдання розвитку у молоді потреби в дітях, потреби виконувати батьківські обов'язки, забезпечення молоді психолого-педагогічними та морально-правовими знаннями, розвитку вмінь, які сприятимуть формуванню готовності до народження дитини та виконання батьківської ролі у більш зрілому віці.

Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді здійснюють також організаційно-методичне забезпечення діяльності закладів соціального спрямування, які створюються місцевим органом виконавчої влади або органом місцевого самоврядування у разі їх необхідності для територіальної громади. До таких закладів соціального спрямування, які надають соціальні послуги юним матерям, належать:

- центр соціально-психологічної допомоги;
- соціальний гуртожиток;
- соціальний центр матері та дитини.

Необхідно зазначити, що плідна робота ЦСССДМ щодо попередження та вирішення проблеми юного материнства неможлива без тісної співпраці з інституціями сфери охорони здоров'я: пологовими будинками, поліклініками, жіночими консультаціями, будинками дитини, тобто тими, що піклуються про здоров'я новонародженої дитини, її матері.

Важливим аспектом цієї співпраці є системність та комплексність у взаємодії з урахуванням потреб конкретних цільових груп клієнтів на основі інтегрованого підходу, що має забезпечити зменшення кількості вилучень від батьків дітей перших років життя, як і відмов молодих матерів від новонароджених, покращення догляду за дітьми раннього віку [3].

Певні механізми взаємодії відпрацьовані в ході реалізації проекту Європейського союзу і зафіксовані в договорах про співпрацю щодо запобігання ранньому соціальному сирітству та юному материнству між районними, міськими ЦСССДМ та центральними, районними, міськими лікарнями, поліклініками, пологовими стаціонарами.

Головними напрямками цієї співпраці є: інформаційно-просвітницька робота; виявлення цільових груп клієнтів у ході спільних заходів; надання соціальних та медичних послуг; підвищення рівня професійної компетентності працівників медичної та соціальної сфери; узагальнення та впровадження досвіду спільної діяльності тощо [3].

Найбільш ефективними формами такої співпраці є:

- розробка й оформлення інформаційних куточків/буклетів/листівок із питань збереження фізичного, психологічного, соціального здоров'я молодої матері та дитини;
- розробка та реалізація програм „Маленька мама”, „Школа молодих батьків”;
- проведення семінарів, тренінгів, круглих столів щодо взаємoinформування та взаємодії;
- створення банку даних вагітних жінок групи ризику, неповнолітніх вагітних;
- здійснення спільних дворових обходів;
- створення мультидисциплінарних команд;
- організація груп взаємопідтримки молодих жінок, які опинилися в складних життєвих умовах;
- розробка та розповсюдження пам'яток – обов'язкового набору інформацій для молодих сімей;
- організація роботи служби „Телефон довіри”, мобільного консультативного пункту для роботи у віддалених районах;
- створення такого стаціонарного пункту при медичному закладі тощо.

Пріоритетним напрямом співпраці соціальних працівників і медиків щодо запобігання юному материнству є інформаційно-просвітницька робота, сфокусована на формуванні засад репродуктивного здоров'я та усвідомленого батьківства [3].

Ефективність і результативність надання соціальних послуг неповнолітнім вагітним та юним матерям великою мірою залежить від вдалих профілактичних заходів та своєчасності виявлення клієнток, які потребують допомоги й соціальної підтримки.

Започаткування роботи спеціаліста ЦСССДМ в медичних установах, створення консультативних пунктів при пологових відділеннях підпорядковане одній меті – надати соціально-педагогічну та психологічну допомогу тим юним матерям, які її потребують, тим, хто втратив в силу особливих життєвих обставин або під впливом особистісної кризи, тимчасових психологічних колізій віру в себе, свої сили і здатність піклуватися про дитину [3].

У рамках соціальної роботи з юними матерями відпрацьована певна послідовність дій працівника ЦСССДМ у випадках відмов від новонароджених дітей.

Як правило, інформація про такі випадки надходить до ЦСССДМ через „єдине вікно звернення” від пологових стаціонарів/відділень лікарень. За направленням менеджера/керівника Центру соціальний працівник планує первинний контакт із потенційною клієнткою. До безпосередньої зустрічі з юною матір'ю соціальний працівник має дізнатися у її лікаря про стан здоров'я матері та дитини, з'ясувати, як проходили пологи (тривалість, складність, оперативне втручання), чи є ознаки постнатального синдрому. Мета першого візиту

соціального працівника до відмовниці – виявити причини, визначальний мотив відмови, оцінити емоційний стан юної жінки, її ставлення до проблеми, визначити необхідність відповідної психотерапії, можливі перспективи надання допомоги. Вагітна жінка/породілля перебуває в особливому стані, викликаному фізичним і психічним навантаженням вагітністю/пологами, що найчастіше зумовлює її обмежену здатність ухвалювати зважені рішення. На це має звертати увагу соціальний працівник, плануючи/здійснюючи візити [3].

Для встановлення контакту з юною вагітною жінкою/породіллю, яка висловила намір відмовитися від новонародженої дитини, важливим для соціального працівника є володіння технікою проведення бесіди/інтерв'ю.

Стратегія надання допомоги охоплює планування і здійснення заходів з відновлення стосунків із біологічною сім'єю, біологічним батьком дитини (де це можливо), пошук шляхів вирішення матеріальних, побутових і соціальних проблем, оформлення юридичних документів на матір і дитину, надання допомоги в подоланні післяпологової депресії тощо.

Важливе значення в цій роботі має погодженість і координованість дій соціального працівника ЦСССДМ з медичним персоналом пологового будинку, державними установами і соціальними закладами, від яких залежить вирішення проблем клієнта.

Очевидно, що навіть після успішного завершення екстреної роботи в умовах пологового відділення залишається певна група клієнтів, які не можуть повернутися з немовлям у своє звичне оточення і які потребують більш тривалої та комплексної допомоги. Є багато залежних і незахищених жінок, яким необхідна не тільки виховний вплив, а допомога й підтримка в отриманні освіти, роботи, житла, тобто в отриманні реальної, а не формальної незалежності.

Таким чином, можна визначити наступний алгоритм роботи з юними матерями, які висловлюють намір відмовитися від новонародженої дитини [4, с. 54]:

- налагодження контакту з юною вагітною жінкою/ породіллю;
- аналіз причин виникнення кризи, її виду та стадії;
- розробка стратегії збереження біологічної матері для новонародженого або визначення її нездатності виховувати дитину шляхом проведення оцінки стану, потреб, визначення напрямів соціально-психологічної та соціально-педагогічної роботи з породіллю задля формування у неї позитивної мотивації стосовно новонародженої дитини (планування послуг);
- надання інтегрованих соціальних послуг та оцінка їх ефективності.

Таким чином, сучасна ситуація збільшення відсоткового показника випадків соціального сирітства як наслідок юного материнства потребує наукового переосмислення і концентрації зусиль усіх

інституцій, відповідальних за нормалізацію ситуації та попередження виникнення нових її випадків. Адже попередження виникнення проблеми юного материнства є більш раціональним ніж потім працювати з її наслідками, саме тому об'єктом подальшого наукового пошуку з подолання даної проблеми є розробка та впровадження технології профілактики юного материнства як умови попередження виникнення соціального сирітства.

Список використаної літератури

- 1. Безпалько О. В.** Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді: теоретико-методичні основи : [монографія] / О. В. Безпалько– К. : Наук. світ, 2006. – 363 с.
- 2. Гурлева Т. С.** Дівчинка-підліток : проблеми віку і профілактика важковиховуваності / Т. С. Гурлева.– К. : ІЗМН, 1997. – 136 с.
- 3. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації :** [навч.-метод. комплекс] / автор.-упоряд. : О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, З. П. Кияниця, /В. О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І. Д. Звереві, Ж. В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
- 4. Копыл О. А.** Готовность к материнству : выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка / О. А. Копыл, Л. Л. Бас, О. В. Баженова // Синапс.– 1993. – № 4.
- 5. Наказ** Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 23.10.2006 №3545 „Про затвердження Типового положення про консультативний пункт центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у пологових стаціонарах, жіночих консультаціях та будинках дитини” : [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1187-06>.
- 6. Психология** социальной работы / О. Н. Александрова, О. Н. Боголюбова, М. А. Гулина и др. ; [под ред. М. А. Гулиной]. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.
- 7. Становище** сімей в Україні (за підсумками 2000-2009 років) : щорічна державна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище сімей та стан реалізації державної сімейної політики / Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. – К. : [б. в.], 2010. – 227 с.

Заливацька К. С. Сутність та особливості соціальної роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з вирішення проблеми юного материнства

У статті здійснено теоретичний аналіз сутності та особливостей соціальної роботи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо вирішення проблеми юного материнства, а саме: проаналізовано діяльність спеціалізованих формувань системи ЦСССДМ, які спрямовані на попередження та подолання проблеми юного материнства, визначено їхні напрями форми та методи роботи.

Ключові слова: юне материнство, центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, відповідальне батьківство.

Заливацкая К. С. Сущность и особенности социальной работы центров социальных служб для семьи, детей и молодежи по решению проблемы юного материнства

В статье осуществлен теоретический анализ сущности и особенностей социальной работы центров социальных служб для семьи, детей и молодёжи относительно решения проблемы юного материнства, а именно: проанализирована деятельность специализированных формирований системы ЦСССДМ, которые направлены на предупреждение и преодоление проблемы юного материнства, определены их направления формы и методы работы.

Ключевые слова: юное материнство, центр социальных служб для семьи, детей и молодежи, ответственное родительство.

Zalivatskaya K. Essence and features of social work of centers of social services for family, children and young people in decision problem for young maternity

In the article the theoretical analysis of essence and features of social work of centers of social services for family, children and young in relation to a decision problems of young maternity, namely: activity of the specialized forming of the system CSSFC, that is sent to warning and overcoming of problem of young maternity, is analysed, their directions of form and methods of work are certain.

Key words: young maternity, center of social services for family, children and young people, responsible paternity.

УДК 364 : 316.326-058.855

І. А. Лазуренко

**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ
ПРИЙОМНИХ СІМЕЙ**

Соціальний супровід прийомних сімей в Україні є важливим напрямком соціальної роботи. На сьогоднішній день, така форма влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, як прийомна сім'я є найбільш адаптованою до сучасної ринкової економіки та забезпечує найсприятливіші умови для всебічного розвитку дітей. Проте, створення та організація таких сімей є дуже важким та проблемним шляхом, тому держава намагається у формі соціального супроводу мінімізувати проблеми, які будуть виникати у новостворених родин, аби їх подальше функціонування лише позитивно впливало на розвиток прийомної дитини. Отже, саме від того на скільки успішно буде

організовано соціальний супровід, залежить доля прийомних сімей. Тому проблема соціального супроводу прийомних сімей є актуальною у соціальній роботі і потребує постійного дослідження та вдосконалення.

Метою статті є розкриття сутності та змісту соціального супроводу прийомних сімей.

Величезний вклад у дослідження різноманітних аспектів соціального супроводу прийомних сімей зробили такі вчені як Г. Бевз, Н. Заверико, І. Зверева, А. Калініна, А. Капська, Н. Комарова, Г. Лактіонова, Л. Оліференко, Ж. Петрочко та ін.

На сьогоднішній день, виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування в дитячих будинках та інтернатних закладах, не може обійняти всі важливі моменти виховання та навчання дітей, які є для них дуже корисними. Як правило, у випускників таких закладів, процес соціалізації до нового та самостійного життя проходить довго і важко. Відповідно до такого положення А. Капська наголошує, що в умовах демократизації та оновлення нашого суспільства держава повинна розробляти нові підходи стосовно виховання дітей, позбавлених батьківської опіки, які будуть ґрунтуватися на засадах гуманізму, в яких дитина є метою і цінністю виховання. Саме тому з метою забезпечення індивідуального підходу до виховання дитини, позбавленої батьківської опіки, формування її особистості в умовах сімейного піклування в Україні розпочато створення інституту прийомної сім'ї. І як зазначає А. Капська, прийомна сім'я – це сім'я, яка добровільно взяла із закладів для дітей – сиріт від 1 до 4 дітей для виховання і спільного проживання [1].

Соціальний супровід прийомних сімей здійснюється спеціалістами районних/міських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання прийомної сім'ї. Один соціальний працівник може здійснювати одночасно соціальний супровід не більше 7 – 10 сімей. Спеціалісти, які здійснюють соціальний супровід прийомних сімей, мають пройти курс спеціальної підготовки за програмою, що затверджується наказом Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, і мати відповідний сертифікат. Для того, щоб соціальний супровід був ефективним, соціальному працівнику необхідно підвищувати професійну кваліфікацію, яка здійснюється не рідше ніж один раз на п'ять років.

Соціальний супровід прийомної сім'ї є формою державної підтримки сім'ї в інтересах дитини. Соціальна робота з сім'ями, які виховують дітей-сиріт, у першу чергу спрямована на вирішення проблемних питань життя та розвитку саме вихованців. Виходячи з такої позиції, можна сформулювати мету соціального супроводу. Таким чином, метою соціального супроводу являється захист та забезпечення дотримання прав та інтересів дитини, сприятливих умов її життя та розвитку з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини шляхом надання соціальних послуг прийомній сім'ї.

Соціальний супровід прийомних сімей має широкий спектр задач, якими повинен керуватися соціальний працівник. Як зазначають М. Комарова та В. Пеша, технологія соціального супроводу прийомної сім'ї базується на основних положеннях моделі "ведення випадку", що передбачає: оцінку конкретної ситуації, визначення першочергових потреб, розробку послідовного плану діяльності, надання соціальної допомоги, періодичну оцінку ефективності послуг, корекцію плану подальшої діяльності з урахуванням результатів оцінювання.

Соціальний супровід має свої специфічні завдання, які направлені на здійснення головної мети даного процесу: 1) ефективне використання наявних ресурсів для оптимальної та швидкої адаптації сім'ї і дитини-вихованця з метою вирішення останньої проблеми; 2) надання допомоги батькам для того, щоб у подальшому вони могли вирішувати шляхом мобілізації власних ресурсів; 3) забезпечення партнерських стосунків між сім'єю, соціальною службою, іншими державними і громадськими установами для комплексного забезпечення прав прийомної дитини [2, с. 42].

Ефективне вирішення комплексу завдань соціального супроводу забезпечує створення у прийомній родині таких умов, які будуть забезпечувати всебічний розвиток дитини.

Соціальний супровід виступає з одного боку, як контроль за умовами виховання та утримання прийомної дитини в сім'ї, з іншого боку – як система дієвої допомоги у вирішенні життєвих проблем, пов'язаних із влаштуванням дітей у сім'ї. Соціальні працівники надають практичну соціальну допомогу, здійснюють соціальну опіку, виступають посередниками між батьками та державними структурами, покликаними вирішувати питання життєзабезпечення дітей. У той же час робота спеціалістів із сім'єю має ґрунтуватися на паритетних умовах – батьки мають чітко виконувати обов'язки, які беруть на себе, приймаючи на виховання дітей, не перекладати власні зобов'язання на соціальних працівників. Саме спільна, зацікавлена співпраця спеціалістів та батьків, що базується на двохсторонній домовленості щодо виконання в них зобов'язань, становить сутність соціального супроводу таких сімей.

До форм роботи соціального працівника із супроводу прийомної сім'ї А. Капська відносить: відвідування прийомної сім'ї, підтримка телефонних контактів, представництво інтересів прийомних сімей, посередництво при вирішенні суперечностей, щорічний аналіз ефективності функціонування прийомних сімей, організація надання матеріальної та інших видів допомоги за потребою [3, с. 32].

Реалізація соціального супроводу прийомної сім'ї передбачає періодичне планування соціальної роботи з дитиною, батьками, членами родини, соціальним оточенням. Для цього створюється план соціального супроводу, який містить комплекс послуг щодо забезпечення умов для підвищення виховного потенціалу сім'ї та створення умов для утримання, виховання та розвитку прийомної дитини. Планом

передбачаються конкретні заходи щодо надання соціально-економічних, соціально-побутових, юридичних, психологічних, соціально-медичних, соціально-педагогічних та інформаційних послуг. План соціального супроводу формується на кожну дитину персонально на основі Оцінки потреб дитини, яку визначають при влаштуванні дитини до прийомної сім'ї. Процес планування здійснюється за участю прийомних батьків й дитини, якщо дозволяє вік, стан здоров'я. Спочатку складається план соціального супроводу на перший місяць існування прийомної сім'ї, враховуючи найбільш гострі проблеми, які потребують термінового вирішення, далі розробляється план супроводу на півріччя. В подальшому складається щорічний план соціального супроводу.

Для прийомної дитини план соціального супроводу складається за такими напрямками:

1. Економічний супровід – діяльність спрямована на підтримку матеріального благополуччя прийомної дитини.

2. Юридично-правовий супровід – діяльність, спрямована на дотримання державних гарантій стосовно дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які влаштовані до прийомної сім'ї, а також здійснення докладів із захисту їхніх прав та законних інтересів.

3. Психологічний супровід – проведення комплексу заходів з реабілітації, перенавчання та ресоціалізації прийомних дітей в прийомній родині. Для цього можуть використовуватися такі форми роботи: психодіагностика, психотерапія, консультування, організація та проведення тренінгів.

4. Медичний супровід – діяльність спрямована на вирішення питань охорони здоров'я прийомної дитини.

5. Педагогічний супровід – діяльність спрямована на вирішення питань навчання прийомних дітей та здобуття ними освіти [3, с. 33].

У процесі соціального супроводу прийомної сім'ї соціальному працівнику необхідно пильно стежити за відносинами між дитиною, прийомними батьками та іншими членами сім'ї, аби, в разі необхідності, змогти вчасно надати допомогу, пораду чи направити у правильну сторону розвиток сім'ї. Для розв'язання завдань щодо соціального супроводу соціальний працівник залежно від проблеми, яка вимагає вирішення, може залучати до співпраці вихователів дитячого садка чи вчителів, керівників гуртків і секцій, медичних працівників, психологів, юристів, співробітників кримінальної міліції, працівників служби у справах неповнолітніх та інших державних службовців.

Успішність соціального супроводу залежатиме від того, наскільки гармонійно проходить взаємодія соціального працівника з прийомною сім'єю. Прийомні батьки повинні розуміти відповідальність за дитину, яку вони взяли на виховання і не дивлячись на різноманітні труднощі, які обов'язково в них виникатимуть, терпляче та мудро з ними справлятися. З боку соціального працівника, прийомна родина повинна

отримувати допомогу, поради, консультування, але в жодному разі соціальний працівник не повинен брати на себе роль контролера, він повинен залишатися радником сім'ї, спеціалістом, на якого родина завжди може покластися. У процесі соціального супроводу він має керуватися цінностями та вимогами етичного кодексу спеціалістів соціальної роботи.

Отже, соціальний супровід прийомної сім'ї є державною формою підтримки сім'ї в інтересах дитини. Жодна новостворена прийомна сім'я не може існувати без спеціаліста, який би займався соціальним супроводом родини. Соціальні працівники надають практичну соціальну допомогу, здійснюють соціальну опіку, виступають посередниками між батьками та державними структурами, покликаними вирішувати питання життєзабезпечення дітей. Тому, соціальний працівник повинен розуміти всю широту відповідальності, яка лежить на його плечах і сумлінно виконувати свої обов'язки.

Соціальний супровід прийомних сімей потребує постійного вдосконалення, оновлення технологій, форм роботи з даними категоріями сімей, програми підготовки спеціалістів, які здійснюють соціальний супровід та програми підготовки кандидатів у прийомні батьки. Тому, на сьогоднішній день, дана проблема має величезне коло питань, які потребують детального вивчення.

Список використаної літератури

- 1. Соціальний** супровід різних категорій сімей та дітей: Навч. посібник / за загал. ред. проф. А. Й. Капської. – К. : ЦУЛ, 2012. – 232 с.
- 2. Посібник** для соціальних працівників щодо підготовки та соціального супроводу прийомних сімей, будинків сімейного типу. – Книга 1. – К. : Держсоцслужба, 2006. – 370 с.
- 3. Технології** соціально-педагогічної роботи: Навч. Посібник / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. – К. : Укр. держ. центр соц. служб для молоді, 2000. – 75 с.
- 4. Методичні** рекомендації соціальним працівникам щодо соціального супроводу прийомних сімей / Н. М. Комарова, Г. М. Бевз, Л. С. Волинець та ін. – К. : Український ін.-т соціальних досліджень, 1999. – 103 с.

Лазуренко І. А. Особливості соціального супроводу прийомних сімей

У статті розглянуто проблему соціального супроводу прийомних сімей. Особлива увага приділяється аналізу змісту соціального супроводу: меті, завданням, плану соціального супроводу. Також висвітлюється роль соціального працівника, який є посередником між державою та прийомною сім'єю, в даному процесі.

Ключові слова: соціальний супровід, прийомна сім'я, план соціального супроводу.

Лазуренко И. А. Особенности социального сопровождения приемных семей

В статье рассмотрена проблема социального сопровождения приемных семей. Особое внимание уделяется анализу содержания социального сопровождения: цели, задачам, плану социального сопровождения. Также освещается роль социального работника, который является посредником между государством и приемной семьей, в данном процессе.

Ключевые слова: социальное сопровождение, приемная семья, план социального сопровождения.

Lazurenko I. Features of social support foster families

This article describes the problem of social support of the adoptive families. A special attention is paid to the analysis of the content of social support: goals, tasks, plan of the social support. Also there is a description of role of the social worker, which is a mediator between the state and the adoptive family in this process.

Key words: social support, foster family, social support plan.

УДК 364.4-055.26-053.6

М. Ю. Ляшенко

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З НЕПОВНОЛІТНІМИ МАТЕРЯМИ

Впродовж останніх десятиліть однією з соціальних проблем сучасності є неповнолітнє батьківство. За даними Фонду ООН в області народонаселення (ЮНФПА), в країнах, що розвиваються щорічно народжують близько семи мільйонів неповнолітніх дівчат, третина яких – діти віком до 14 років. Експерти ЮНФПА відзначають, що рання вагітність негативно впливає не лише на здоров'я, але й на рівень освіти та громадянські права неповнолітніх матерів [1].

Що ж стосується безпосередньо України, то в умовах демографічної кризи, реформування соціальної, духовно-моральної, правової політики нашої держави, на тлі статистики абортів проблема юного материнства є особливо актуальною та привертає до себе увагу суспільства.

Щодня в Україні фіксують щонайменше 25 випадків вагітності у неповнолітніх [2]. Ріст народжень серед юних жінок спостерігався вже з кінця 60-тих років ХХ століття і призупинився 1990 році у зв'язку із загальною тенденцією зниження народжуваності. „Молодих” мам стає значно більше після так званої „сексуальної революції”, бум якої припадає на 1994-1995 роки. З початку ХХІ сторіччя кількість

неповнолітніх батьків збільшується. У 2009 році в Україні 172 дитини народили матері вікової групи до 15 років, 44332 дитини-матері вікової групи від 15 до 19 років. Безумовно, що таке суспільне явище не могло залишитися поза увагою законодавців, і в новому Сімейному кодексі України від 10 січня 2002 року з'являються норми, присвячені правовому регулюванню прав та обов'язків неповнолітніх батьків [3, с. 234].

Деякі проблеми питання здійснення неповнолітніми батьками своїх батьківських прав розглядалися у роботах М. В. Антокольської, О. І. Величкової, О. Є. Казанцевої та ін. Окремі аспекти організації соціальної роботи з юними матерями в Україні розкриті у працях І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової, І. В. Братусь, Л. М. Завацької та ін.

Проблема неповнолітнього батьківства загострюється через недосконалість на сучасному етапі розвитку нашої країни систем соціального захисту, охорони здоров'я, соціального виховання. Актуальним залишається питання розвитку соціальної роботи з юними матерями та визначення її специфіки.

Виходячи з актуальності проблеми, метою статті є визначення особливостей соціальної роботи з неповнолітніми матерями в сучасних умовах українського суспільства.

Молоді матері – одна з найуразливіших в економічному, соціальному, психологічному, педагогічному аспектах соціально-психологічна підгрупа. З народженням дитини дівчата юного віку та їхні діти опиняються у складній життєвій ситуації, що як правило супроводжується бідністю, обмеженістю можливостей для отримання освіти, професії, доступу до медичних та соціальних послуг, небезпекою захворювань, насильства, сексуальної експлуатації [4, с. 3].

Л. М. Завацька неповнолітніх матерів відносить до сім'ї „маленька мама”. У сучасному суспільстві поява такої категорії сімей розглядається як порушення шлюбно-сімейних норм. Психологи бачать причину зростання кількості „маленьких мам” у дитячій самотності, неувазі батьків. Тепла і любові дівчина шукає через фізичну близькість з партнером. Вона кидає школу. Поради перервати вагітність призводять до тяжких наслідків [5]. Негативними наслідками раннього материнства стають економічна неспроможність дівчат самостійно забезпечувати безпеку та якість життя собі й своїй дитині, соціальна ізольованість, чисельні психологічні проблеми, дискримінація, небезпека для здоров'я та життя дитини, ризик відмови від неї [4].

В Україні поки що не існує національної стратегії подолання проблем ранньої вагітності та материнства, відповідні технології соціальної роботи лише почали відпрацьовуватись Державним Центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у співпраці з громадськими організаціями, серед яких міжнародне представництво „Надія та житло для дітей в Україні”, „Кожній дитині”. Важливу роль відіграють центри матері та дитини, мережа яких почала створюватись останніми роками за

підтримки держави. Сьогодні новою формою соціальної підтримки неповнолітніх матерів є соціальний центр матері та дитини.

Соціальний центр матері та дитини – це заклад тимчасового проживання жінок на сьомому-дев'ятому місяці вагітності та матерів із дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинилися в складних життєвих обставинах, що перешкоджають виконанню материнського обов'язку.

Центр створюється місцевим органом виконавчої влади або органом місцевого самоврядування. Утримання центру здійснюють за рахунок коштів місцевого бюджету, передбачених для виконання програм, спрямованих на вирішення проблем дітей, жінок і сім'ї.

Основна мета діяльності Центру – запровадження нових форм соціальної підтримки жінок і запобігання відмові батьків від новонароджених дітей.

Процес надання послуг у центрі має сприяти розвитку відповідального батьківства, формуванню прив'язаності матері та дитини, подоланню складних життєвих обставин і попередженню направлення дітей до інтернатних закладів. Направлення і зарахування до соціального центру матері та дитини відбувається на підставі критеріїв належності до цільової групи одержувачів послуг.

До соціальних центрів матері та дитини направляються особи, які відповідають наступним критеріям: вагітні жінки, жінки, які мають дитину віком від народження до 18 місяців, які перебувають в обставинах, що перешкоджають належному виконанню материнського обов'язку або спричиняють високий ступінь розлучення матері з дитиною-відсутність чоловіка, близьких, які можуть надати підтримку та допомогу в громаді, відсутність житла, роботи, тяжке матеріальне становище.

Завданнями соціально-педагогічної роботи з жінками у центрі є:

- формування в матері відповідального ставлення до догляду за дитиною та її розвитку;
- формування необхідних санітарно-гігієнічних навичок догляду за дитиною;
- навчання матері необхідним побутовим навичкам.

При зарахуванні до центру матері та дитини за кожним одержувачем послуг закріплюється працівник закладу, відповідальний за ведення випадку. Міждисциплінарна команда фахівців, до складу якої входять соціальний педагог/працівник, медична сестра та психолог, визначає, у формуванні яких побутових навичок та навичок догляду за дитиною необхідна допомога фахівців [6].

Слід зазначити, що згідно даних Міністерства соціальної політики про стан реалізації соціальних ініціатив Президента України „Діти – майбутнє України” [7] мережа соціальних центрів матері та дитини в нашій країні розширюється, надання соціальних послуг

вагітним жінкам та матерям з дітьми, які опинилися у складних життєвих обставинах вдосконалюється.

Таким чином, в сучасній Україні найперспективнішим напрямом організації соціальної допомоги юним матерям та їхнім дітям є розвиток соціальних центрів матері та дитини, основна мета діяльності яких спрямована на соціальну підтримку неповнолітніх матерів і запобігання відмові батьків від новонароджених дітей.

Перспективою подальших розвідок з означеної проблеми є розгляд особливостей роботи закладів регіону, які надають соціальну підтримку неповнолітнім батькам.

Список використаної літератури

1. Підліткова вагітність є глобальною проблемою країн, що розвиваються — ООН. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <<http://ua.racurs.ua/news/17539-pidlitkova-vagitnist-ie-globalnou-problemou-krayin-scho-rozvyvautsya-oon>>. **2. Говдяк М.** Вагітність у ранньому віці небезпечна для життя юної матері / М. Говдяк // V Верховина - інформаційний портал : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <<http://verhovyna-forum.at.ua/>>. **3. Красицька Л. В.** Особливості здійснення батьківських прав неповнолітніми батьками / Л. В. Красицька // Правничий часопис Донецького університету. – № 1(25). – 2011. – С. 234-239. **4. Братусь І. В.** Соціально-педагогічна робота з юними матерями у США та Великій Британії / Іванна Володимирівна Братусь. Автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.05 / Луган. нац. пед. ун-т ім. Т. Шевченка. Луганськ, 2007. – 20 с. **5. Завацька Л. М.** Технології професійної діяльності соціального педагога. Навчальний посібник для ВНЗ / Л. М. Поліщук. – К. : Видавничий Дім "Слово", 2008. – 240 с. **6. Постанова** Кабінету Міністрів України № 879 від 08.09.2005 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 930 від 22.10.2008 „Про затвердження Типового положення про соціальний центр матері та дитини” : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/879-2005-%D0%BF>>. **7. Стан** реалізації соціальних ініціатив Президента України стосовно захисту дітей та підтримки сімей з дітьми у 2013 році / Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України [Електронний ресурс]. –Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=141685>.

Ляшенко М. Ю. Особливості соціальної роботи з неповнолітніми матерями

В статті розкрито особливості організації соціальної роботи в Україні з неповнолітніми матерями. Особливу увагу приділено розгляду діяльності соціальних центрів матері та дитини як новій формі соціальної підтримки неповнолітніх матерів, спрямованої на запобігання їх відмови від новонароджених дітей. Неповнолітні матері розглядаються як одна з

найуразливіших в економічному, соціальному, психологічному, педагогічному аспектах соціально-психологічна підгрупа.

Ключові слова: неповнолітня мати, соціальний центр матері та дитини, соціальна підтримка

Ляшенко М. Ю. Особенности социальной работы с несовершеннолетними матерями

В статье раскрыты особенности организации социальной работы в Украине с несовершеннолетними матерями. Особое внимание уделяется рассмотрению деятельности социальных центров матери и ребенка как новой форме социальной поддержки несовершеннолетних матерей, направленной на предупреждение их отказа от новорожденных детей. Несовершеннолетние матери рассматриваются как одна из наиболее уязвимых в экономическом, социальном, психологическом, педагогическом аспектах социально-психологическая подгруппа.

Ключевые слова: несовершеннолетняя мать, социальный центр матери и ребенка, социальная поддержка

Liashenko M. The features of social work with underage mothers

The article revealed features of the organization social work in Ukraine with underage mothers. Particular attention is paid to the activities of social centres for mother and child as a new form of social support for underage mothers, aimed at preventing rejection of newborns children. Underage mothers treated as one of the most vulnerable socio-psychological subgroup in the economic, social, psychological and pedagogical aspects.

Key words: underage mother, social centres for mother and child, social support.

УДК 364.64-787.522

О. О. Тютюнник

ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДРУЖНЬОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДОЇ СІМ'Ї

Сьогодні при сучасних стрімких змінах набувають розповсюдження дещо нові, нетрадиційні форми сім'ї: громадянський шлюб, одностатевий шлюб. І все це безпосередньо впливає на первинну адаптацію та умови в яких вона відбувається. Даний вплив здебільшого носить негативний характер. Взагалі можна сказати, що ХХ століття пройшло під знаком критичного ставлення до сім'ї: вона почала втрачати деякі функції, що були притаманні їй тисячоліттями, змінювати свою мораль і набувати нові риси. Всі ці зміни призвели до того, що інститут сім'ї опинився на порозі кризи та втратив спроможність у повній мірі виконувати життєво необхідні для людства функції. В умовах кризи

особливо актуальними є питання пов'язані з виконанням першочергової, репродуктивної функції сім'ї та її впливом на взаємини в молодому подружжі. Тому, з метою біологічного відтворення суспільства, підтримки та збереження репродуктивного здоров'я, сьогодні особливу увагу соціальних педагогів, педагогів, психологів, демографів, соціологів привертає молоді сім'я, яка, порівняно недавно, набула особливого статусу; вимагає більш ретельного дослідження її проблем та нових підходів до їх вирішення.

Сім'я, як один з найважливіших соціальних інститутів, потребує постійного наукового вивчення, яке допомагає, передусім, мати уявлення про реально існуючі процеси внутрішньої життєдіяльності, їх розвиток, урахувати досвід, надавати необхідну допомогу сім'ї. Так соціально - педагогічна література висвітлює питання пов'язані з проблемами подружньої адаптації, готовності молоді до сімейного життя, аспекти становлення молоді сім'ї як здорового осередку (С. Ковальов, І. Гребенніков, В. Меншугін, Є.Виноградська, В. Торохтій, О. Бондарчук т ін.).

Метою даної статті є аналіз особливостей подружньої адаптації молоді сім'ї.

Кожна сім'я проходить декілька стадій свого життєвого циклу, які пов'язані з певними проблемами і специфічними труднощами. Хоча існують різні класифікації стадій сімейного життя, всі вони відзначають приблизно ті самі характерні явища і зміни. Життя сім'ї можна поділити на такі періоди або стадії.

1. Зародження сім'ї.
2. Стадія виховання дітей.
3. Життя подружжя разом з тими дорослими дітьми, які ще не мають власної сім'ї.
4. Подружжя живе саме або з дітьми, які мають власні сім'ї [1].

Ця періодизація вказує на основні, об'єктивні завдання кожного етапу і підказує, які принципи труднощі походять із специфіки даних етапів. Так, при народженні сім'ї слід чекати труднощів пристосування партнерів один до одного, вирішення проблем їх побутового влаштування та налагодження стосунків з родичами. На другій стадії багато труднощів пов'язано з вихованням дітей, хоча цим вони не обмежуються. На третій та четвертій стадіях з'являються проблеми здоров'я та деякі інші.

Однак, оскільки ми розглядаємо характерні особливості подружньої адаптації молоді сім'ї, спробуємо визначити, в чому полягають найбільш небезпечні, кризові явища у подружніх стосунках цього періоду сімейного життя.

Першим з них є первинна адаптація подружжя один до одного як шлюбних партнерів. Вона потрібна у всіх нових сім'ях, навіть тих, де існують добрі побутові умови і високий рівень подружньої сумісності, а там, де ці первинні умови сімейного життя постають менш

сприятливими, сім'я без адаптації просто не може існувати. Статистичні дані показують, що від чверті до третини розлучень припадає на перші два роки існування сім'ї, що свідчить про неабиякі труднощі адаптації подружжя до сімейного життя. Розглянемо основні сфери подружньої адаптації у новоствореній сім'ї.

Побутова сфера, яка включає такі основні моменти.

Пристосування до житлових умов. Вони можуть бути досить важкими, наприклад, у гуртожитку, на квартирі, у комунальній квартирі, у сім'ї. Необхідність батьків, особливо для незвичної до таких умов людини.

Ведення домашнього господарства і розподіл домашньої праці. Типовим для цієї проблеми є – ухиляння чоловіків від „жіночої” роботи внаслідок традиційного уявлення про розподіл праці. Для сучасної освіченої молодшої жінки буває неприємним відкриттям, що вона опиняється у нерівному становищі щодо домашнього навантаження, причому часто викликає протест не сама перевантаженість (яка у сучасних міських умовах в однолітній сім'ї не така вже значна), а несправедливість. Шляхом до цієї адаптації є свідоме поведінка чоловіків, їхня рівна за часом участь у всіх домашніх справах. Щоправда і сьогодні знаходяться жінки, які вважають, що чоловікам „не місце на кухні” і в інших „жіночих” справах.

Матеріальне забезпечення сім'ї, яке в багатьох сім'ях, особливо в сучасних умовах безробіття, є найгострішою проблемою. Молодий чоловік, який до шлюбу звик або жити на гроші батьків, або працювати час від часу, ставши сам батьком, мусить перейти на серйозне ставлення до заробляння грошей. Якщо ж один чи обидва партнери звикли жити з комфортом, фінансова обмеженість викликає незадоволення, створює приводи для докорів, конфліктів та охолодження почуттів.

Використання сімейного бюджету. Це окрема сфера адаптації, відносно незалежна від проблеми здобування грошей. Неузгодженість у сімейних витратах часом породжує не менш гострі конфлікти, ніж ті, що викликаються слабкою матеріальною забезпеченістю. Скромний бюджет молодшої сім'ї, як правило, потребує планування витрат, обмеження власних потреб, що буває важким для егоїстичних або недисциплінованих осіб. Навіть в добре забезпеченій сім'ї розходження у питанні витрат здатні викликати серйозні непорозуміння.

Дотримання порядку у квартирі. На перший погляд, цей сектор сімейного побуту здається не дуже проблемним, але це враження помилкове. Для людей з рисами педантизму або відповідними традиціями порядок і чистота є надзвичайно важливою потребою і умовою задоволення сімейним життям. З іншого боку, як не дивно і не парадоксально, існують люди, яких надзвичайно важко навчити класти на місце речі, мити посуд, слідкувати за одягом, тримати у порядку своє робоче місце. Поєднання таких партнерів робить побутову адаптацію серйозною проблемою.

Налагодження харчування сім'ї, яке влаштовує її членів. Треба, щоб їжа, яку за традицією у більшості сімей готує жінка, задовольняла чоловіка, а він, у свою чергу, брав участь у купівлі продуктів або, якщо складаються відповідні умови, сам робив цю справу. Для традиційної сім'ї цей жіночий обов'язок є елементарною вимогою, про яку не варто і згадувати, але на хвилі сучасної демократизації сімейних стосунків все частіше спостерігаються випадки, коли молода жінка, яка працює, не дуже опікується своїми кулінарними обов'язками, що викликає незадоволення чоловіка. Тим чи іншим шляхом, але адаптація у цьому питанні повинна відбутися, інакше конфліктна ситуація буде поступово загострюватися.

Психологічна сфера адаптації полягає у пристосуванні подружжя до особливостей темпераменту, характеру, що виявляються у прояві почуттів та спілкуванні, взагалі, поведінці партнера. Практично не буває, щоб всі манери поведінки ідеально подобалися партнеру, і тому завжди потрібні певні зусилля для пристосування до небажаних проявів. Перш за все, мусить бути більш-менш задовільно вирішена проблема сімейного лідерства, тобто у жодного не повинно з'являтися відчуття того, що партнер обмежує його волю та нав'язує власні рішення.

Психологічна адаптація включає і пристосування до особливостей тих почуттів, які визначили утворення шлюбу. Це можуть бути різноманітні нюанси симпатії, поваги, кохання, вдячності тощо і кожен з подружжя чекає розуміння, прийняття і відповідних почуттів з боку партнера. Ці почуття можуть виражатися в залежності від темперамента і характеру з різною пристрасністю, і вона повинна задовольняти партнера.

Духовна сфера адаптації постає у наближенні основних світоглядних переконань і цінностей шлюбних партнерів. Це стосується, в першу чергу, політичних, релігійних, расових та національних позицій. Вони настільки важливі для кожної людини, що найчастіше ще на стадії дошлюбного знайомства партнери спонтанно з'ясовують світоглядні засади один одного, які виконують роль одного з перших фільтрів для продовження стосунків. За наявності расової, національної чи релігійної неприязні, як правило, знайомство просто не відбувається або не переростає у глибші стосунки. Політичні уподобання менш помітні і їх розходження не сприймається так гостро. Але буває так, що люди з різними світоглядними засадами все ж таки вступають до шлюбу (або партнер сильно подобається фізично, або є вагомими практичними міркуваннями, наприклад, еміграція чи матеріальна вигода). У цих випадках необхідна духовна адаптація, і вона може здійснитися, якщо є та чи інша потужна мотивація шлюбу і достатня психологічна гнучкість партнерів.

Культурна адаптація шлюбних партнерів передбачає досягнення прийнятності для подружжя культурних інтересів, манер та звичок один одного. Сюди входить рівень загальнокультурних знань, начитаність, ерудиція в галузях науки та мистецтва, розвиток мови,

естетичні смаки та уподобання. Шлях адаптації, здебільшого, полягає в тому, що менш розвинений партнер підвищує свій освітній і загальнокультурний рівень, принаймні демонструє зусилля у цьому напрямку. Якщо ж він ставиться до культурних інтересів партнера відверто негативно, це раніше чи пізніше псує подружні стосунки.

Чималу роль відіграє також *інформаційна адаптація* подружжя, яка полягає в узгодженні інформаційного навантаження в умовах спільного побуту. Відомо, що екстраверти потребують багато всілякої інформації, люблять інтенсивне спілкування, не втомлюються від шуму і галасу, не переносять самотності, в той час, як інтровертовані особистості мають протилежні властивості: їх втомлює великий обсяг контактів і шумове перевантаження, вони спокійно сприймають самотність, люблять читати і розмірковувати. Співіснування у шлюбі таких типів неминує породжує проблему інформаційної адаптації, врахування кожним подружжям особливостей ставлення до інформації іншого партнера. Наявність окремих кімнат, звичайно, значно полегшує вирішення проблеми, але головне – це все ж таки вміння рахуватися з партнером.

Все більш складною сферою подружньої адаптації стають сексуальні стосунки шлюбних партнерів. Це також є наслідком різких історичних змін у характері сімейних стосунків, які відбулися на протязі ХХ століття. Колись проблеми сексуальної адаптації подружжя майже не існувало у сім'ях, оскільки моральні норми суспільства вимагали приділяти інтимним стосункам якомога менше уваги. Релігія, яка значною мірою і була творцем цих норм, розглядала інтимні стосунки лише як компонент репродуктивного процесу, так би мовити, вимушену данину розпутству і гріху, і менш за все була схильна турбуватися про якесь взаємне задоволення подружжя від таких стосунків. У ХХ столітті відбулася так звана сексуальна революція, тобто піднесення цінності інтимних стосунків, зняття з них ярлика гріховності та непристойності і оцінювання їх як необхідного задоволення нормальних людських потреб. Повноцінні сексуальні стосунки стали сприйматися як обов'язкова умова позитивної оцінки сімейного життя [2, с. 45].

Неспівпадання розуміння умов сімейного щастя постає однією з найбільш суттєвих причин подружньої дисгармонії, хоча це часто маскується іншими моментами і не постає зрозумілим для самих подружніх партнерів. Так, наприклад, незадоволеність жінки чоловіком як господарем, батьком або сексуальним партнером може викликати роздратування, грубощі з її сторони, відповідно конфліктну реакцію чоловіка і усвідомлюватись жінкою як незадоволеність його грубістю або трактуватись як втрата кохання з його боку [3].

Отже, подружня адаптація може стати нелегким завданням і стати на заваді нормального формування стабільних подружніх стосунків. Але у сприятливому варіанті вона надає молодій сім'ї запас міцності, хоча і не гарантує від виникнення різноманітних подальших

труднощів. У типових випадках адаптація займає перші 2–3 роки сімейного життя.

Список використаної літератури

1. Вітек К. Проблеми подружнього благополуччя / К. Вітек. – М. : Прогрес, 1988. – 150 с. **2. Волкова А. Н.** Ролевая адекватность как фактор супружеской совместимости / А. Н. Волкова // Вопросы психологии общения и познания людьми друг друга. – Краснодар, 1979. – С. 62-69. **3. Юнда І. Ф.** Соціально-психологічні основи сімейного життя / І. Ф. Юнда, Л. І. Юнда – К. : Вища школа, 1990. – 238 с.

Тютюнник О. О. Характерні особливості подружньої адаптації молодій сім'ї

Дана стаття розглядає особливості подружньої адаптації молодій сім'ї. Основні сфери подружньої адаптації у новоствореній сім'ї: пристосування до житлових умов, матеріальне забезпечення сім'ї, використання сімейного бюджету, дотримання порядку у квартирі, налагодження харчування сім'ї, психологічна сфера адаптації, духовна сфера адаптації, культурна адаптація.

Ключові слова: сім'я, молода сім'я, подружня адаптація, життєвий цикл, сімейне життя.

Тютюнник А. А. Характерные особенности супружеской адаптации молодой семьи

Данная статья рассматривает особенности супружеской адаптации молодой семьи. Основные сферы супружеской адаптации молодой семьи: приспособления к жилищным условиям, материальное обеспечение семьи, использования семейного бюджета, соблюдение порядка в квартире, настройка питания семьи, психологическая сфера адаптации, духовная сфера адаптации, культурная адаптация.

Ключевые слова: семья, молодая семья, супружеская адаптация, жизненный цикл, семейная жизнь.

Tutunnik O. Characteristic features of marital adaptation of a young family

This paper examines the features of marital adaptation of a young family. Main areas of adaptation to newly married family: adaptation to living conditions, procurement families using the family budget, keeping order in the apartment and setting up family meals, psychological adaptation field, the spiritual sphere of adaptation, cultural adaptation.

Key words: family, young family, marital adjustment, lifetime family life.

В. Л. Черепня

ПРОБЛЕМИ НЕПОВНОЇ СІМ'Ї НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Велика увага до проблем неповної сім'ї, наслідків розлучення, окремих аспектів виховання дітей із розлучених сімей спостерігається ще з початку 70-х років минулого століття. Ряд науковців і практиків колишнього СРСР, а також іноземних дослідників пробували розібратися в питанні: „Розлучення: добро чи зло?” Зрештою це питання в середовищі батьків, дітей, дослідників педагогіки, психології, соціології, демографії до цього часу не має єдиної оцінки.

Серед українських вчених психологічну проблематику сім'ї глибоко досліджували: О. Балакірева, В. Богаров, О. Бондарчук, М. Голубенко, Л. Карамушка, Т. Кравченко, В. Семиченко, Т. Титаренко, О. Федоренко та Д. Федоренко та багато інших.

Метою даної статті є розгляд проблем неповної сім'ї на сучасному етапі.

Причиною виникнення соціальних проблем в неповних сім'ях є в першу чергу малозабезпеченість, оскільки в сім'ї є всього один трудовий дохід (іноді трудового доходу немає взагалі, і сім'я вимушена жити на посібник з безробіття або на дитячі допомоги).

Соціально-економічні проблеми властиві не всім неповним сім'ям; в усякому разі, їх дозволити простіше, ніж соціально-психологічні проблеми, присутні у внутрішньо особовій сфері і між особових відносинах членів неповних сімей, перш за все дітей. Це, поперше, образа, пригнічення і відчуття власної неповноцінності, які можуть випробовувати діти після розлучення їх батьків. Нерідко діти звинувачують себе в розпаді сім'ї. По-друге, відчуття вини перед дітьми, нерідке у жінок (оскільки в більшості випадків неповні сім'ї – це матери, що одна виховує дітей), що є причиною їх гіперопіки [1].

Основна причина статистично значущого зв'язку неблагополуччя молоді сім'ї з неблагополуччям сім'ї батьків одного з молодого подружжя (або обох подружжя), що розпадається, – їх неадекватна полольова соціалізація. Хоча неповних сімей, в яких батько один виховує дітей, набагато менше, ніж неповних сімей, в яких дітей виховує одна мати, їм властиві ті ж проблеми полольовій орієнтації. Крім того, батько з дитиною має більше шансів створити нову сім'ю, ніж мати з дитиною. Тому однією з проблем такої сім'ї буде формування відносин між дитиною (дітьми) і новою дружиною батька (можливо, з її дітьми). Знедавна стала поширеною нова категорія неповних сімей – неповні розширені сім'ї, які утворюються, як правило, в результаті якої-небудь соціальної катастрофи: загибель батьків малолітніх дітей, знаходження батьків у в'язниці, позбавлення їх

батьківських прав, пияцтво – частіше за все саме це змушує покоління прародителів брати онуків на опіку і виховання [2, 57].

Такі сім'ї, зрозуміло, мають низький рівень прибудку; ряд складнощів викликаний поганим станом здоров'я літніх людей, їх більш слабкими адаптаційними здібностями, невмінням пристосуватися до реалій сучасності; на жаль, деколи вони не можуть використовувати свій авторитет здібності контролювати ситуацію, тому часто діти демонструють девіантні форми поведінки.

Матеріально – побутові (фінансові) проблеми. Якщо сім'я має один трудовий дохід, вона вважається малозабезпеченою. При непрацюючих батьках сім'я вимушена жити на посібник з безробіття і на дитячі допомоги.

Дитячі допомоги низькі, несвоєчасно виплачуються, як і пенсія з нагоди втрати годувальника (СПК), при розлученні можуть бути проблеми з:

1. Виплати аліментів.

2. Проблема трудовлаштування. Рішення цієї проблеми, особливо батьком-одинаком, затруднена через те, що самотньому батькові потрібна добре оплачувана робота, близько від будинку, можливість мати вільний графік, виконувати роботу удома без відряджень і нічних змін.

3. Житлова проблема. Може виникати у всіх неповних сім'ях, особливо при неможливості розміну житлоплощі. Розведені батьки вимушені проживати спільно, що служить приводом для конфліктів. Самотня мати з дитиною вимушена жити з своїми батьками через незабезпеченість житлом. Можливість поліпшити своє житло мінімальна.

4. Психологічні проблеми. „Проблема батьків” – проблема поєднання ролей, коли через обставини самотній батько повинен виконувати функції іншого батька. В батьківських неповних сім'ях страждає устрій життя суспільство погано сприймає такі сім'ї.

Основними психологічними проблемами на сучасному етапі неповних сімей є:

а) не вистачає розуміння важливості впливу на дитину розлуки з батьком чи матір'ю та відсутність знань про те, як полегшити переживання дитини, зберегти її прихильність до родителя, який перебуває за межами сім'ї;

б) недостатність позитивних, гнучких, довірливих взаємин у сім'ї, що призводить до емоційного відчуження між батьками та дітьми;

в) відсутність єдиних поглядів на виховання дітей, що утруднює достатню ефективність процесу виховання;

г) поступове зростання емоційної відчуженості, конфліктності між її членами сім'ї;

д) утруднення можливостей задоволення членами функціонально неповних сімей тих своїх проблем, які задовольняються в повних сім'ях.

5. Проблема виховання і соціалізації дітей. Неповна сім'я не має цілісної гармонійної системи відносин, виникає незбалансованість між двома групами членів сім'ї – тих, хто потребує матеріальній і духовній підтримці і тих хто забезпечує це задоволення, тому в таких сім'ях виникає перевантаження у другій активній частини. Крім того, батько і мати не взаємозамінний для дітей в плані виховання.

В розширених сім'ях немає домінуючої ролі батьків, виховуючі дітей старі часто хворі і погано адаптовані до сучасного життя. Це негативно позначається на вихованні, особливо підлітків. Проблема створення нової сім'ї. Досвід минулого сімейного життя заважає створити нову сім'ю: розлученням – боязнь повторити помилку; овдовілим – пам'ять по померлому чоловіку; самотнім – відсутність досвіду сімейного життя, які, як правило дуже самостійні і не готові йти на компроміс. Повторний брак приносить душевний комфорт, покращує матеріальну сторону життя, але частіше досягнуте бажане буває короткочасним, заважає порівняння з колишнім шлюбом. Іноді відбувається „зворотній шлюб”, коли батьки знов намагаються налагодити своє життя. Такий шлюб зберігає інтереси дітей.

Шлюбний союз виникає між людьми, обізнаними достоїнства і недоліки один одного. Але він може мати і негативну сторону, коли в сім'ю повертається батько-алкоголік або мати з асоціальною поведінкою. У дітей виникає проблема відношення до вітчима, мачухи. Повторний шлюб може змінити життя дітей; викликати проблему відносин з новим членом сім'ї, особливо якщо в сім'ю входить батько з своєю дитиною; створити проблему відносин між батьками – проблему народження загальної дитини; загострити проблему відносин родичів з обох боків до повторного шлюбу.

6. Проблеми дітей. Діти часто є свідками і учасниками сімейних подій або обставин психотравмуючого характеру (розпад сім'ї, мешкання з вітчимою, мачухою, життя в конфліктній сім'ї, смерть батьків, проблема батьків, що приходять). Все це негативно впливає на дитину, деформує його психіку, етичний і емоційний розвиток. Діти відчувають образу, пригнічення, власну вину за розпад сім'ї, у них може розвинути відчуття власної неповноцінності.

Частіше всього розлучення відбувається до 8-річного віку дитини, коли починається становлення психологічної ідентифікації дитини з батьком тієї ж статі, а уявлення про протилежну стать деформується. Діти з неповних сімей потребують психотерапевтичної допомоги, в допомозі соціального педагога та соціального працівника.

7. Проблема взаємовідношення дітей. У разі народження в такій сім'ї загальної дитини, може виникнути проблема відношення пасинків і падчерок до цієї дитини, а також проблема відношення до нової сім'ї родичів з обох боків [3].

8. Медичні проблеми. Невлаштовані в сімейному стані жінки часто мають позашлюбну вагітність, у 2 рази частіше це закінчується

народженням недорозвинених дітей або дітей з низькою масою тіла. Кожна 2-а дитина народжується з аномалією розвитку, з внутрічерепною травмою. В більшості випадків це пов'язано з розповсюдженням шкідливих звичок у самотніх матерів (куріння і алкоголь).

Останніми роками наголошуються несприятливі показники здоров'я, рівень загальної захворюваності збільшився в 2 рази, ніж в повних сім'ях, хронічна патологія зустрічається в 3 – 4 рази частіше.

У дітей з неповних сімей часто з'являється цілий набір труднощів психологічного характеру, як це було вже згадано вище. З точки зору

І. С. Кона діти, які виростили без батька, частіше мають знижений рівень прив'язаності, у них вище рівень тривожності, часто зустрічаються невротичні симптоми, хлопчикам важко спілкуватися з однолітками, погано усвідомлюються істинно чоловічі ролі, але гіпертрофікують деякі чоловічі риси: грубість, забіякість. Часто дитина починає йти проти залежності від матері, або зростає пасивним, в'ялим, фізично слабким [4].

Діти з неповних сімей мають менш благополучну картину емоційно особистої сфери порівняно з їх однолітками з повних сімей. В дослідженнях дітей 5-7 років на основі малюнків „Моя сім'я” з'ясувалось, що існує принципіальна різниця між хлопчиками та дівчатами з неповних сімей в їх відносинами до близьких дорослих (емоційне відчуття у хлопчиків з неповних сімей являється більш низьким та гнітючим ніж у дівчаток; схематичне зображення себе говорить про те, що хлопчики з неповних сімей частіше відчувають самотність та труднощі в спілкуванні з однолітками та спілкуванні в сім'ї. Таким чином для хлопчиків з неповних сімей характерний знижений емоційний тонус, труднощі в спілкуванні, почуття самотності, негативне самопочуття.

Наявність цих проблем в неповних сім'ях в майбутньому процесі розгляду передбачає роботу з соціальними установами, соціальними працівниками. Така співпраця передбачає надання допомоги у вихованні дитини, запобігання негативного впливу, який може справляти така сім'я на формування особистості дитини. Особливо важливо розв'язувати такі питання, як: нормалізація взаємостосунків дитини з обома батьками, встановлення мікроклімату в тій сім'ї, у якій залишилась дитина; відповідальність батьків за виховання; особисте життя матері і дитини; розв'язання юридичних проблем, які мають місце в такій сім'ї. Коли порушується справа про розлучення і розвивається конфлікт з приводу того, з ким залишається дитина, то тут важлива присутність соціального педагога чи соціального працівника. Його допомога необхідна для того, щоб об'єктивно обрати для дитини варіант, де вона матиме кращі умови для виховання. Крім того, він допоможе у регулюванні взаємин дитини з тим із батьків, хто залишив сім'ю, а також з іншими родичами. Необхідність цього потребує конвенція про права дитини.

При цьому слід враховувати, що неповна сім'я може перебувати у стані хронічних стресів, а це негативно позначається на стані здоров'я матері та дитини: постійне відчуття себе нещасливим, невпевненість у майбутньому (своєму і дитини), підвищена роздратованість. Такий хронічний стрес може призводити до кризових станів, що мають прояв у відчутті безвихіддя, апатії. Допомога соціального працівника полягає у проведенні спеціальної корекційної роботи, яка може допомагати батькам підтримувати високу самооцінку та переборювати труднощі. Бажано, щоб діти з таких сімей перебували під постійним захистом школи, соціальної служби. Їм слід допомогти розширювати соціальний досвід, організувати вільний час [5].

Таким чином, отримані результати вчених соціології та психології, соціальної педагогіки та соціальними працівниками відкривають нові перспективи наукових досліджень феномену неповної сім'ї та її впливу на розвиток дитини. Так, не вирішеною актуальною проблемою є дослідження впливу особливостей виховання у неповній сім'ї на її подальше життя, на формування її батьківської ідентичності, системи цінностей, налаштувань щодо побудови своєї сім'ї. Невивченими залишаються і питання відновлення взаємин у сім'ї після можливого повернення до неї батька, котрий тривалий час перебував за межами сім'ї. Необхідні дослідження основних проблем, які виникають на цьому етапі життєдіяльності сім'ї, пошук оптимальних шляхів їх розв'язання чи попередження.

Список використаної літератури

1. Антонов А. И. Социология семьи / А. И. Антонов, В. А. Борисов – М. : Наука, 2003. – 600 с.
2. Алексєєнко Т. Ф. Соціально-економічні причини насильства в сім'ї в Україні: аналіз проблеми та шляхи запобігання. Соціологія сім'ї / Т. Ф. Алексєєнко, В. П. Бойко. – М. : Наука, 2005. – 139 с.
3. Слабинский В. Ю. Семейная позитивная динамическая психотерапия. Практическое руководство / В. Ю. Слабинский. – СПб. : Наука и Техника, 2009.
4. Деметьева И. Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье. Социологические исследования / И. Ф. Деметьева. – М., 2001.
5. Ушаков Г. К. Профилактика нервно-психических расстройств у детей / Г. К. Ушаков. – М., 1966.

Черепня В. Л. Проблеми неповної сім'ї на сучасному етапі

Дана стаття розкриває проблеми неповної сім'ї: виплати аліментів, проблема трудовлаштування, житлова проблема, психологічні проблеми, проблема виховання і соціалізації дітей, проблема взаємовідношення дітей, медичні проблеми.

Ключові слова: сім'я, неповна сім'я, соціальні проблеми, психологічні проблеми.

Черепня В. Л. Проблемы неполной семьи на современном этапе

Данная статья раскрывает проблемы неполной семьи: выплаты алиментов, проблема трудоустройства, жилищная проблема, психологические проблемы, проблема воспитания и социализации детей, проблема взаимоотношения детей, медицинские проблемы.

Ключевые слова: семья, неполная семья, социальные проблемы, психологические проблемы.

Cherepnay V. The problems of single-parent families at present

This article reveals the problems of single-parent families: child support payments, the problem travel, housing problems, psychological problems, the problem of education and socialization of children, the problem of the relationship between children and medical problems.

Key words: family, incomplete family, social problems, psychological problems.

УДК 316.614.5-057.87

Е. С. Шайхутдінова

СТУДЕНТСЬКА СІМ'Я ЯК СОЦІАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СУСПІЛЬСТВА

Сім'я – одна з найвеличніших цінностей, що створені людством за період свого існування. Жодна нація, жодне історичне суспільство не обійшлося без сім'ї. Сім'ю визначають і як соціальний інститут, і як малу соціальну групу, і як систему відносин роль яких в житті кожної людини і суспільства в цілому безцінна. Вона визначається людьми як основа продовження роду, як унікальний соціальний інститут формування фундаментальних цінностей, відтворення робочої сили, становлення суспільних відносин. Саме в родині формується і розвивається особистість людини, відбувається засвоєння нею соціальних ролей, здобувається досвід суспільної поведінки, приєднання до цінностей культури. Жодна з психологічних та педагогічних шкіл не заперечує важливої ролі первинної соціалізації, дитячих вражень та переживань в житті особи, а вони набуваються саме у сім'ї. Значна частина людських потреб задовольняється саме тут.

Враховуючи курс, який держави держе на вирішення демографічних проблем, підвищення народжуваності, здоров'я населення, дослідження студентської сім'ї становить інтерес. Крім того, зрозуміло, що до студентства належить дуже велика група населення в світлі чого, дослідження її проблем також становить інтерес, оскільки в їх вирішенні зацікавлені дуже багато.

Сьогодні вивченням проблеми молоді сім'ї займаються науковці та фахівці Державного інституту проблеми сім'ї та молоді (Ю. М. Якубова, Л. Волинець та ін.), лабораторії сімейного виховання Інституту проблеми виховання АПН України (В. Г. Постовий, О. М. Докуніна, Т. Ф. Алексеєнко), Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України (З. Г. Кісарчук, Г. І. Оніщенко та ін.), Українського державного центру соціальних служб для молоді (З. Г. Зайцева, І. Б. Іванова).

Метою моєї статті є: розглянути студентську сім'ю в цілому, та її адаптацію до сімейного життя, а також дослідити особливості її створення.

Студентська сім'я – досить складний і ще маловивчений об'єкт досліджень. Специфіка студентського шлюбу полягає і в особистості діяльності подружжя: навчанні, тимчасовості їх соціального стану. Закінчення навчання, початок роботи, в перспективі улюблена робота – це складові духовності студентського шлюбу. У нашому дослідженні під студентської сім'єю розуміється така сім'я, в якій обоє – студенти денного відділення вищого навчального закладу, тобто гомогенна (однорідна) за соціальним станом чоловіка і дружини. Це молода сім'я, в якій подружжю не більше 28 років, а стаж сімейного життя не перевищує 5 років [1, с. 26].

Сьогодні дослідники студентської сім'ї відзначають, що сімейні студенти і вчать не гірше інших студентів і виховують дітей не гірше досвідчених батьків.

Більшість молодих людей на початку свого сімейного життя стикаються з проблемами, про які вони, можливо, раніше і чули, але не думали, що їм доведеться їх вирішувати:

- відсутність навичок ведення домашнього господарства;
- соціальна незрілість;
- відсутність матеріальної бази і власного житла (не всі навчальні заклади дають сімейний гуртожиток);
- несумісність навчання у вузі і виконання сімейних функцій (особливо для молодих мам, яким доводиться переводитися на заочне відділення або йти в академічну відпустку);
- велика залежність від батьків, особливо фінансова, а також у догляді за дітьми.

Соціальне походження заміжніх студенток і жонатих студентів різноманітно. Більше третини вихідці з сімей фахівців з середньою та вищою освітою, трохи менше – з родин робітників. Близько п'ятої частини сімейних студентів мають батьків – селян.

Студентські сім'ї, звичайно, часто відчувають матеріальні труднощі особливо тоді, коли у них в сім'ї з'являється дитина.

Студентська сім'я створюється в результаті активного пошуку молодими людьми близької, дорогої людини, необхідного для щасливого повноцінного життя. Характер майбутнього подружжя в значній мірі

визначається мотивом, причинами, які зумовили укладення шлюбного союзу. Було доведено, що переважаючим мотивом укладення шлюбу у студентської молоді є любов і близькі до неї духовні, етичні й естетичні цінності й очікування. У роботах радянських соціологів С. І. Голоду, З. І. Файнбург, А. Г. Харчева та інших відзначається досить велика різноманітність мотивів, що лежать в основі прийняття рішення про вступ у шлюб: це і любов, і спільність інтересів, і збіг смаків, стилів життя, матеріальні міркування, випадковість та ін.

Велике значення для збереження і зміцнення почуттів молодого подружжя має позитивно забарвлене спілкування. Спілкування – необхідна умова для повноцінного, внутрішньо багатого і емоційно насиченого життя.

Молоде подружжя нерідко користуються і допомогою батьків. Вона носить різноманітний характер. Це і матеріальна, і господарсько-побутова, і морально-психологічна, і допомога з виховання дітей. Допомога ця неоціненна і на початку подружнього життя і закономірна, бо дає можливість молодому подружжю завершити освіту і більш раціонально і цікаво проводити вільний час. Якщо вона виявляється в розумних межах, то, природно, сприяє становленню молодих сімей, в іншому ж випадку така допомога може негативно впливати на молодих подружжя, виробляючи у них неправдиві установки на „легкість”, може сприяти розвитку у них утриманства, інфантилізму, паразитичних схильностей.

Значення особистого прикладу батьків для майбутнього сімейного життя дітей дуже велике. Психологічні установки щодо кількості дітей у родині, розподіл обов'язків між подружжям багато в чому носить традиційний характер. Однак молодості властиве прагнення до нового, власного розуміння цінностей шлюбу. Студентським сім'ям, наприклад, притаманні інші підходи до питань лідерства в родині, здоров'я, психологічного комфорту, свої особливі ціннісні орієнтації. І в той же час, слабка підготовка молодих людей до шлюбу і сімейного життя, психологічні перевантаження і підвищені вимоги до шлюбного партнера нерідко призводять до конфліктів, які роз'їдають сімейні підвалини [2, с. 78].

Студентські родини створюються і розвиваються по загальних законах. Їм притаманні типові риси звичайної молоді української сім'ї. Тому багато проблем студентської родини розглядаються крізь призму загальних рис сучасної родини.

У числі найближчих життєвих планів у студентських родин важливе місце займає народження дитини. З появою дитини родина вступає в новий, більш відповідальний етап розвитку. Але, різні дослідження показують, що визначена частина молодят, іноді всупереч інтересам своєї родини, відкладають народження первістка через матеріальні утруднення (далеко не усі з них одержують матеріальну допомогу від батьків, багатьом сімейним студентам доводиться

підробляти у вільний час, іншим – переходити на заочне відділення, чи взагалі на якийсь час (а іноді назовсім) відкладають навчання). Приблизно в половині випадків відкладання народження дитини мотивується труднощами в рішенні житлового питання. У сімейних студентів, що вже мають дітей, одним з головних питань: „Де і з ким залишити дитину під час занять?”

У період шлюбної адаптації формуються загальні уявлення подружжя про шлюб та сім'ю. Конфлікт у молодій сім'ї відбувається саме через наявність у молодого подружжя уявлень про сімейне життя, в чомусь суперечать один одному. Під подружнім конфліктом в широкому сенсі ми розуміємо зіткнення між подружжям, викликане протиріччям установок, цілей, поглядів, ідеалів, уявлень т. ін. по відношенню до конкретного предмета або ситуації.

Труднощі в вирішенні позначених вище проблем, можуть привести до конфліктів у родині, погіршенню здоров'я студентських родин, зменшенню народжуваності, збільшенню матерів-одинаків, зростанням відказу від дітей, тобто до втрати родиною своїх основних функцій. Для запобігання таких наслідків у сучасному суспільстві потрібна розроблена і налагоджена система мір соціальної підтримки студентським родинам, надання допомоги їм як з боку держави, так і з боку адміністрації вузів, громадських організацій. Немаловажну роль при цьому повинні грати самі студентські родини. Зацікавленість і ініціативність у рішенні проблем, бажання й уміння облаштовувати свій побут у значній мірі буде сприяти успішному функціонуванню родини студента.

За даними фахівців у більшості студентських сімей конфлікти бувають нечасто і мають конструктивний характер. Особливістю відносин у студентській сім'ї є стурбованість обох подружжя появою конфліктів, незалежно від їх характеру і частоти. Ще однією характерною рисою студентського шлюбу є різноманітне зміст конфліктів. Вони пов'язані як з основними сторонами життєдіяльності сім'ї, так і самим широким спектром проблем, що вирішуються подружжям у період адаптації. Це свідчить про активність адаптаційних процесів. Якщо у зрілій родині сфера конфліктів обмежена і причини сварок досить одноманітні, то в молодій сім'ї приводом для сутичок стає буквально все.

Від чого ж залежить частота і характер конфліктів? Які суб'єктивні і об'єктивні характеристики студентської сім'ї їх визначають? Спосіб організації сімейного життя впливає не тільки на частоту і зміст, а й на характер конфліктів. Від того, на яких засадах організоване життя в родині, залежить і спосіб прийняття рішень. Найбільшу задоволеність способом прийняття рішень, наприклад, висловили подружжя із сімей демократичного типу. Це пояснюється тим, що в цих сім'ях не тільки спільно приймаються рішення, але й порівну ділиться відповідальність за їх реалізацію. Чим більше подружжя

задоволені прийнятим рішенням, тим більше шансів, що в цій сім'ї буде переважати конструктивний конфлікт.

Визначальний вплив на частоту, характер і інші характеристики конфліктів робить і ступінь задоволеності дружини-студентки розподілом роботи по дому і обов'язків по догляду за дитиною.

На конфлікт у студентській сім'ї істотно впливає також незадоволеність подружжя проведенням дозвілля, який має цінність у молодіжному середовищі. Створення сім'ї передбачає виникнення нових обов'язків, а значить, зменшення вільного часу. Зміст дозвілля також стає іншим.

На конфлікти впливає і ступінь єдності поглядів, установок подружжя на те, як вона повинна бути організована. Слід також зазначити, що, як правило, дружини-студентки вважають взаємну любов у шлюбі обов'язковим. чоловіки-студенти не відрізняються такою одноставністю.

Як правило, одруження для студентської молоді не є необачним рішенням. Буває, звичайно, що одружуються і 18-19-річні. Зрозуміла тривога батьків за долю своїх дітей. Але боязнь того, що, створивши сім'ю, студенти обов'язково залишать навчання, не повинна лякати батьків [3]. В. А. Каблуков пише, що, спостерігаючи за приїжджаючими на зустріч через п'ять-десять років випускниками, можна помітити, що найбільш вдалі шлюби у тих, хто створив сім'ю в інституті.

Нерідко студенти вважають, що під час навчання у вузі набагато легше створити сім'ю, особливо жінкам, тому що згодом їх шанси помітно зменшуються (із збільшенням віку, зі зміною місця проживання, де контингент чоловіків або жінок недостатньо підходящий і т. ін.).

Зараз, однак, все рідше виникає питання – створювати сім'ю в студентські роки чи ні. Багато з опитаних обзавелися сім'єю в студентські роки і вважають, що шлюб в цей період благотворно впливає на становлення особистості: змушує відчувати відповідальність перед сім'єю, вузом, суспільством. У сімейних студентів відзначається більш серйозне ставлення до навчання і обраної; професії, вони особливо цінують самостійність у роботі, більше орієнтовані на досягнення успіхів у професійному праці. Сімейний стан благотворно впливає і на ціннісні орієнтації студента, сприяє розвитку інтелектуальних і соціальних потреб.

Таким чином, з усього вищесказаного можна зробити наступні висновки: студентська сім'я – особливий вид молоді сім'ї, в якій подружжю не більше 28 років, а стаж сімейного життя не перевищує 5 років. Що вона характеризується більшою стабільністю, ніж будь-яка інша молода сім'я, тому що подружжя об'єднані спільними інтересами та поглядами, їхні дії спрямовані на навчання. Також характеризується більшою залежністю від батьків, бо єдине джерело доходів – стипендія або, іноді, плюс певний зарібок. Вона стикається з такими ж матеріально-побутовими проблемами, як і будь-яка молода сім'я.

Особливу позицію тут займає житлове питання, тому що не всі навчальні заклади дають можливість отримати сімейні гуртожитки.

Список використаної літератури

1. Дементьєва І. Ф. Перші роки становлення шлюбу: Проблеми становлення молодого сім'ї / І. Ф. Дементьєва. – М. : Наука, 1991. – 129 с.
2. Гребенніков І. В. Етика і психологія сімейного життя / І. В. Гребенніков, І. В. Дубровіна, Г. П. Розуміхіна. – М., 1987. – 164 с.
3. Харчев А. Г. Шлюб і сім'я в СРСР / А. Г. Харчев. – М., 1980. – 75 с.

Шайхутдінова Е. С. Студентська сім'я як соціальний інститут суспільства

Дана стаття присвячена студентській сім'ї як соціальному інституту суспільства. Студентська сім'я – особливий вид молодого сім'ї, в якій подружжю не більше 28 років, а стаж сімейного життя не перевищує 5 років. Вона характеризується більшою стабільністю, ніж будь-яка інша молода сім'я, тому що подружжя об'єднані спільними інтересами та поглядами, їхні дії спрямовані на навчання.

Ключові слова: сім'я, молода сім'я, студентська сім'я, шлюбна адаптація.

Шайхутдінова Э. С. Студенческая семья как социальный институт общества

Данная статья посвящена студенческой семье как социального института общества. Студенческая семья – особый вид молодой семьи, в которой супругам не более 28 лет, а стаж семейной жизни не превышает 5 лет. Она характеризуется большей стабильностью, чем любая другая молодая семья, потому что супруги объединены общими интересами и взглядами, их действия направлены на обучение.

Ключевые слова: семья, молодая семья, студенческая семья, семейная адаптация.

Shaikhutdinova E. The Student's family as a social institution society

This article focuses on the student's family as a social institution society. Student's family – a special kind of a young family, where the spouses are not more than 28 years of experience of family life does not exceed 5 years. It is characterized by more stable than any other young family, because spouses have common interests and views, their actions are aimed at training

Key words: family, young family, student's family, marriage adaptation.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

УДК 364.692:663.51:615.015.6-053.6

Т. О. Гіренко

ДИТЯЧИЙ АЛКОГОЛІЗМ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Кардинальні зміни, що відбуваються в країні, помітно позначаються на морально-психологічному кліматі нашого суспільства. стримуючими факторами на шляху демократичних перетворень є різні прояви соціального негативізму, до числа яких належить і алкоголізація окремих груп населення. Особливу тривогу викликають пияцтво і алкоголізм дітей і підлітків. Об'єктивною причиною першого вживання учнями алкогольних напоїв виступають алкогольні звичаї (які є результатом виховання окремої частини народу протягом багатьох століть), спрямовані на збереження відживаючих обрядових норм поведінки. Суб'єктивною причиною є первинні алкогольні установки. В основі їх лежать буденні уявлення і стереотипи про фармакологічні властивості алкоголю. Протистояти їм можуть тільки тверезницькі звичаї і традиції, засновані на наукових знаннях про механізм дії алкоголю на організм людини, сформульовані в процесі тверезницького виховання. Звідси виникає необхідність попередження алкогольних забобонів, перший вживання школярами алкогольних напоїв. Як відомо, діти і підлітки є тим середовищем, де, як у кривому дзеркалі, відбиваються „больові точки” реальної дійсності [3]. Молодіжна середа найбільш чутлива до будь-яких соціальних інновацій.

З усього вищесказаного добре видно, що на сьогоднішній день явно простежуються такі тенденції: „омолодження” контингенту людей, які вживають алкоголь; зниження віку тих, хто зазнав досвід знайомства з алкоголем; відсутність обліку тієї частки дітей і підлітків, які замислюються над проблемою вживання алкоголю. Вищеназвані тенденції дозволяють зробити висновок про те, що проблема алкоголізму стосується не лише медицини та діяльності правоохоронних органів. Ця проблема комплексна, і провідна роль в цьому процесі залишається за системою соціальної роботи. Завжди легше щось запобігти, ніж потім виправляти вже допущені підлітками помилки.

Наукова база для розробки питань профілактики алкоголізації підростаючого покоління формувалася вітчизняними та зарубіжними дослідниками в цій галузі. У розвиток наукових основ формування здорового способу життя істотний внесок внесли А. Віреніус, І. Горбунов-Посадов, Д. Леонова, П. Лесгафт та ін. На сучасному етапі вітчизняної науки закладені продуктивні підходи до створення теоретичної та технологічної бази превентивної педагогіки (С. Беличева,

А. Белкін, С. Завражин, І. Дашева, Д. Колесов, А. Личко, А. Маюров, Н. Сирота, В. Ялтонский, та ін); створені психолого-педагогічні концепції та моделі соціального педагога-психолога для роботи з дітьми та підлітками групи соціального ризику (В. Барсуков, Т. Бондаренко, Б. Братусь, В. Ігнатенко, М. Рожков, В. Трифонов та ін); отримали розвиток психологічні дослідження (К. Абульханова-Славська, Б. Ананьєв, А. Асмолов, А. Бодальов, А. Карпов, Д. Колесов).

Тому, дивлячись на ці обставини можна стверджувати, що вивчення обраної нами теми „Соціальна робота з профілактики та реабілітації дітей, які вживають алкоголь” є соціально зумовленим і актуальним.

Сьогодні, за даними медичної статистики, споживають алкогольні напої кожен третій школяр в середніх класах і більше половини в старших. За даними медико-соціальних досліджень, середній вік початку вживання алкоголю серед хлопчиків знизився до 12,5 років, а серед дівчаток – до 12,9 років. Випивка стала символом об'єднання підлітків або молодих людей в неформальні групи, обов'язковим умовою визнання будь-якого з її членів.

Підлітковий вік дітей називається найскладнішим. Якщо в сім'ї один з батьків алкоголік (або обидва), то у дитини порушується психіка, внаслідок чого дитина потрапляє в зону ризику вживання алкоголю, наркотиків. Існує ряд факторів, які призводять до ризику підліткового алкоголізму:

§ Соціальне (економічна) неблагополуччя. У підлітків, що ростуть в соціально-неблагополучних сім'ях, як правило, незадовільні житлові умови, спостерігається соціальна ізоляція, а також є батьки, які часто зловживають алкоголем. Внаслідок цього підлітки стають частими правопорушниками.

§ Часті зміни проживання. Це важливий чинник. Часті зміни місця проживання можуть чинити негативний вплив на підлітка, його психічний стан. Даний фактор зіштовхує дитини з необхідністю побудови відносин з новими друзями, однокласниками, сусідами, у зв'язку з чим часто виникають труднощі і проблеми. І чим частіше сім'я переїжджає, тим більша небезпека вживання алкоголю.

§ Неприятлива навколишнє середовище. Не слід поселятися в тих районах, де високий рівень злочинності, неблагополучні сім'ї сусідів, так як це є невід'ємним фактором вживання алкоголю в такому середовищі;

§ Сімейна схильність. Це один з найбільш важливих факторів. Діти, які народжуються чи виховуються в сім'ях з алкогольною залежністю, схильні до більшого ризику призвичаїтися до алкоголю. Важливу роль при цьому відіграють як генетичні фактори, так і вплив оточення. Прикладом може послужити те, що хлопчики, що народжуються (виховуються) у сім'ї алкоголіка, піддаються в чотири рази більшому ризику стати алкоголіками, ніж ті, які народжуються в

благополучних сім'ях. Якщо в сім'ї позитивно ставляться до алкоголю чи батьки вживають його, щоб розслабитися, а може, просто багато п'ють, з'являється велика ймовірність, що підлітки почнуть вживати алкогольні напої. Чим більше членів сім'ї вживають алкоголь, тим вище ризик.

§ Ще одним фактором ризику і важливою проблемою є доступність алкоголю. Незважаючи на те, що існує закон про заборону продажу алкогольних напоїв підліткам до 18 років, продавці продовжують постачати підлітків алкоголем і не несуть за це ніякої відповідальності. А головною метою підприємці бачать тільки отримання прибутку, і ніяк не замислюються про здоров'я майбутніх громадян. Багато підлітків зловживають ним саме з цієї причини.

§ Реклама. Проблема полягає в тому, що алкогольна продукція відкрито рекламуються. Все це дуже сильно впливає на психіку не тільки дитини, але й дорослого. Психологічний вплив на особистість відбувається у вигляді різних слоганів і, як правило, не усвідомлюється. Виявити це можна тільки за допомогою психодіагностики, що робить їх ще більш небезпечними. Реклама належить до числа макрофакторів. Завдання педагогів – попередити про вплив алкоголю на організм і заходи обережності від небезпечної залежності. Протистояти рекламі може тільки сформувався підліток, що не випробовує емоційного дефіциту у відносинах з оточуючими дорослими людьми і однолітками [4, с. 7].

Стосовно мотивів першого споживання алкоголю, то більшість опитаних дітей на перше місце висувають мотив „було цікаво” (10%). Друге місце посідає пасивність підлітка, невміння його організувати свій час, побоювання „не бути як усі” в компанії. Отже, значний вплив щодо залучення молоді до вживання психотропних речовин має негативне оточення. Непоодинокі випадки, коли алкоголь вперше пробують з єдиною метою – поглибити стан сп'яніння. Кожен четвертий серед тих, хто спробував наркотики, мотивували це тим, що „хотілося отримати приємне відчуття”, кожен шостий зробив це через те, що „нічого було робити”; антистресові мотиви („хотілося забути про власні проблеми”) назвав кожен десятий [4].

Поінформованість молоді про негативний вплив систематичного вживання психоактивних речовин досить висока на рівні висловлювання згоди чи незгоди із запропонованими твердженнями: серед різних груп опитаних від 65 до 95 % впевнені, що систематичне вживання психоактивних речовин шкодить здоров'ю.

Для більшості підлітків досить легко дістати, придбати алкогольні напої. Доступні навіть токсичні речовини та наркотики. Серед місць, де окрім як у торговців можна придбати токсичні речовини, підлітки називають дискотеки та бари (близько 8 %), „на вулиці або в парку” (5 – 6 %) та навіть навчальні заклади (до 3 %) [3].

Алкоголізм можна розглядати у двох вимірах – медичному та соціальному.

Алкоголізм у медичному вимірі – синдром фізичної залежності від алкоголю, при якому раптове припинення його вживання може викликати такі абстинентні симптоми, як тремор, страх, галюцинації чи марення. Ризик розвитку алкоголізму у людини і симптоми його прояву залежать від кількості випитого. При алкоголізмі знижується інтелект людини, погіршуються його фізичні навички, пам'ять і розум; соціальні навички, такі як товарицькість, зберігаються аж до самої пізньої стадії хвороби [2].

У соціальному вимірі алкоголізм – це вид девіантного поведіння людини, який веде до деградації особистості. Він характеризується тим, що виникає звикання, а надалі психічна і фізіологічна залежність від етилового алкоголю, уживаного у виді горілки, спирту, коньяку, вин, пива, тощо.

Розрізняють алкоголізм побутовий, при якому є звикання до алкоголю, але питуща людина здатна контролювати кількість напою і навіть тимчасово припинити його вживання в невідповідних для випивки ситуаціях, і алкоголізм хронічний, при якому відзначені вище можливості втрачаються. У цих випадках міняється стійкість до алкоголю. На початкових етапах витривалість збільшується і приходиться для досягнення бажаного ефекту поступово підвищувати кількість алкоголю. Надалі витривалість знижується і сп'яніння виникає від порівняно невеликої кількості алкоголю [2, с. 27].

Психічна залежність, що виникає в зв'язку з припиненням прийому алкоголю по тій або інших причинах, виражається пригнобленим настроєм, тривогою, занепокоєнням і страхами, а фізична – у слабості, розбитості, болях у м'язах, запамороченні, загальній пітливості, тремтінні рук і пальців.

Причини алкоголізму містять у собі, як мінімум, два фактори: з одного боку, це особливості особистості, що привертають, (конформні, незрілі, залежні, що вселяються, схильні до наслідування психопатичні особистості і невротики, з іншого боку – звичай вживати алкоголь у визначеному суспільстві, групі, середовищі і головним чином – у родині. Велике значення має вік, у якому людина почала вживати алкоголь: у молодому віці легше виникає звичка до випивки і виникає залежність від алкоголю.

Чимало алкоголіків починає своє пияцтво в середній школі. Пияцтво підлітків нерідко заохочується, збиває їх з пантелику позицією оточуючих дорослих. Підлітки втягуються у пияцтво, бачучи, як їхні батьки зловживають алкоголем. Сором'язливі люди можуть думати, що це їм особливо потрібно, щоб не проводити час, підпираючи стіни. І саме для них така випивка може бути небезпечною. Це настільки легкий шлях позбавлення від боязкості, що він може бути звичкою і опорою, позбавляючи людину від більш складного завдання – навчитися вести себе в суспільстві і отримувати з цього радість.

Згідно класифікації ВООЗ, алкогольна залежність належить до ряду психічних захворювань і характеризується наявністю у хворого проявів аутодеструктивної поведінки. Розвиваючись, залежність проходить кілька стадій.

Про дитячий алкоголізм говорять у тому випадку, коли його ознаки вперше з'являються до досягнення дитям віку 18 років. У дітей алкоголізм, на відміну від дорослих, має ряд характерних **особливостей**:

- швидке звикання до спиртних напоїв (це пояснюється анатомо-фізіологічною будовою дитячого організму);
- злоякісний перебіг хвороби (у підлітковому віці організм знаходиться у стадії формування і стійкість центральної нервової системи до дії алкоголю понижена, унаслідок чого відбуваються глибокі і безповоротні процеси її руйнування);
- прийняття дітьми великих доз алкоголю (прийняття алкоголю дітьми не схвалюється суспільством, тому підлітки, як правило, п'ють потай, зазвичай без закуски, приймаючи всю дозу одночасно);
- швидкий розвиток запійного пияцтва (для підлітків стає нормою пити по будь-якому приводу, при цьому в стані легкого сп'яніння вони починають відчувати себе невпевнено);
- низька ефективність лікування [2, с. 16].

Пияцтво серед неповнолітніх тісно пов'язано з їх поведінкою, що відхиляється. У основі цього зв'язку лежить найголовніша для підлітків небезпека алкоголізму – він різко ослабляє самоконтроль.

Залучення до спиртних напоїв дітей і підлітків найінтенсивніше відбувається в трьох вікових періодах: раннього дитинства, дошкільного і молодшого шкільного віку, дитячого і юнацького віку.

Перший період – раннє дитинство, в якому алкоголізація дітей носить неусвідомлений, мимовільний характер. Цьому сприяють наступні основні причини: п'яне зачаття, вживання алкоголю під час вагітності і годування грудьми, що веде до аномалій фізичного і психічного розвитку дитяти.

Другий період – дошкільний і молодший шкільний вік. У цей період найбільш істотними причинами є дві – педагогічна необізнаність батьків, яка наводить до алкогольного отруєння організму, і родинні алкогольні традиції, що наводять до формування інтересу до спиртного [3, с. 21].

Педагогічна необізнаність батьків виявляється в існуючих забобонах і помилках про цілющу дію алкоголю: алкоголь підсилює апетит, вилковує недокрів'я, покращує сон, полегшує прорізання зубів. Розплачуються батьки за свою необізнаність алкогольним отруєнням дітей, яке може навіть привести до смертельного результату.

Третій період – підлітковий і юнацький вік. Як основні причини можна назвати наступні сім: неблагополуччя сім'ї; позитивна реклама в засобах масової інформації; незанятість вільного часу; відсутність знань про наслідки алкоголізму; відхід від проблем; психологічні особливості

особи; самоствердження. У цей період відбувається формування потягу до алкоголю, який переростає в звичку, наводячи в більшості випадків до алкогольної залежності дитини.

Алкоголізм, що формується в підлітковому і юнацькому віці (від 13 до 18 років), зазвичай називають раннім алкоголізмом. Вважається, що в цьому віці клінічні прояви алкоголізму розвиваються швидше, ніж у дорослих, а хвороба протікає зло якісніше [3, с. 23].

Анатомо-фізіологічні особливості організму в період вікового кризу, пубертатний період є своєрідним сприятливим ґрунтом, на якому алкоголь може зумовити швидкий розвиток хвороби. Велике значення має міру алкоголізації і форми вживання спиртних напоїв, зокрема, частота, дози, концентрація алкоголю, реакція організму на його прийом.

У організмі дитини або підлітка алкоголь перш за все проникає в кров, печінку, мозок. У зв'язку з незрілістю центральної нервової системи вона найуразливіша для дії етанолу. Результатом такої дії є порушення диференціювання і дозрівання нейронів, унаслідок чого страждає особа підлітка, порушується логічне абстрактне мислення, інтелект, пам'ять, емоційне реагування. Згідно статистики, 5-7% отруєнь у дітей припадає на частку алкогольних інтоксикацій. Явища сп'яніння у дітей і підлітків розвиваються швидко і можуть завершитися оглушеністю і навіть комою.

Артеріальний тиск і температура тіла підвищуються, рівень глюкози в крові, кількість лейкоцитів падає. Короткочасне збудження, викликане прийомом алкоголю, швидко переходить в глибокий сон інтоксикації, нерідкі судоми, навіть летальний результат. Інколи реєструють психічні порушення з маренням і галюцинаціями [4, с. 81].

Основними психологічними механізмами вживання алкоголю в дитячому, підлітковому і юнацькому віці вважають психологічне наслідування, зменшення або зняття астенічних проявів (станів) і деформацію особи з схильністю до вживання спиртних напоїв.

Алкоголізм у підлітків формується в середньому протягом 3-4 років. Синдром абстинента з'являється через 1-3 роки після початку постійного вживання алкоголю. Відмітна особливість раннього алкоголізму – його велика залежність від преморбідних особливостей, зокрема від типа акцентуації характеру. При епілептоїдному типі швидко наростають злісність, схильність поєднувати алкоголь з іншими дурманними засобами (ацетон, клей), вживати сурогати. Нерідка приєднуються гашишизм, барбітуроманія [40, с. 89].

Фахівці вважають, що дитячий алкоголізм – не стільки медична, скільки загальнодержавна проблема. Вони стверджують, що загострення питання дитячого алкоголізму і наркоманії в Україні є також наслідком відсутності належної державної політики у сфері роботи з молоддю.

Таким чином можна зробити висновки, що дитячий алкоголізм є не тільки проблемою соціальної роботи, а й психологічно, соціально-педагогічно, тому що соціальному працівникові доводиться

зіштовхуватися у своїй роботі з виправленням, коли потрібно допомогти дитині в корені змінити свою поведінку, змінити всю її свідомість і прагнення, почуття й волю, її діяльність.

Отже, нами було розглянуто поняття алкоголізм та дитячий алкоголізм. Дитячий алкоголізм розглядається з різних аспектів: медичних, соціальних, психологічних; також виявили два види алкоголізму з точки зору медицини: істинний та псевдоалкоголізм. Залучення до спиртних напоїв дітей відбувається в трьох вікових періодах: раннього дитинства, дошкільного і молодшого шкільного віку, дитячого і юнацького віку. Таким чином, проблема алкоголізму являє собою розгалужений комплекс соціальних патологій, що впливають на нормальне функціонування суспільства.

Список використаної літератури

1. Болтівець С. І. Соціально-педагогічні причини поширення пияцтва серед молоді / С. І. Болтівець, Н. А. Фоліменко // Практична психологія та соціальна робота – 2004. – №10 – С. 4-6. **2. Дети в кризисных ситуациях: профилактика негативных явлений и социальная психологическая помощь** / Под общ. ред. И. Д. Зверевой. – К. : Наук. світ, 2001.– 63 с. **3. Лисицын Ю. П.** Алкоголизм. Медико-социальные аспекты / Ю. П. Лисицын, Ю. П. Сидоров. – М. : Медицина, 1990. – 528 с. **4. Сидоров П. И.** Ранний алкоголизм / П. И. Сидоров, А. В. Митюхляев. – М. : АГМД, 1999. – 306 с. **5. Технологии социальной работы** : Учеб. / Под общ. ред. Е. И. Холостовой. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 400 с.

Гіренко Т. О. Дитячий алкоголізм як соціальна проблема

Стаття присвячена серйозній соціальній девіації – дитячому алкоголізму. Автором розглянуто фактори та ризики, що призводять до розвитку підліткового алкоголізму; проаналізовано періоди формування алкогольної залежності на різних вікових етапах, зазначено мету соціальної роботи з дітьми, які схильні до вживання алкоголю.

Ключові слова: дитячий алкоголізм, підлітковий вік, фактори ризику, побутовий алкоголізм, хронічний алкоголізм.

Girenko T. A. Детский алкоголизм как социальная проблема

Статья посвящена серьезной социальной девиации – детскому алкоголизму. Автором рассмотрены факторы и риски, приводящие к развитию подросткового алкоголизма; проанализированы периоды формирования алкогольной зависимости на разных возрастных этапах, указано цель социальной работы с детьми, которые склонны к употреблению алкоголя.

Ключевые слова: детский алкоголизм, подростковый возраст, факторы риска, бытовой алкоголизм, хронический алкоголизм.

Girenko T. Child's alcoholism as social problem

The article were devoted for child alcoholism as serious social deviation. The author were examined the factors and risks, leading to the development of adolescent alcoholism; analyzed periods of formation of alcohol dependence at different age stages, given the aim of social work with children who are prone to alcohol.

Key words: children's alcoholism, adolescence, risk factors, household alcoholism, chronic alcoholism.

УДК 364.4-214-053.2

К. Ю. Зайцева

СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДЕЗАДАПТОВАНИМИ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ

На сьогодні в Україні високою залишається планка підліткової злочинності. Згідно Листа Міністерства освіти і науки № 1/9-480 від 08.07.2013 р. впродовж 2012 року неповнолітніми або за їх участю було скоєно 14 238 злочинів. Особливістю криміногенної ситуації в підлітковому середовищі є зміна її структури в бік зростання корисливих злочинів. Залишається складним питання обліку дітей, які вживають наркотичні засоби та алкогольні напої. Поставлено на облік 1830 дітей, схильних до вживання алкогольних напоїв, із них з діагнозом „алкоголізм” – 26 осіб. Щодо дітей, схильних до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, то поставлено на облік 887 дітей, з них з діагнозом „наркоманія” – 62 особи [1]. Такі негативні прояви поведінки підлітків є формами соціальної дезадаптованості.

Проаналізувавши ситуацію, з'ясувалося, що зазвичай, як правило, вчинюють злочини діти, у яких проблемні сім'ї, якщо вони сироти, у них п'ють батьки тощо. Основними причинами різних проявів соціальної дезадаптованості є: недостатній життєвий досвід, не завжди позитивний вплив на дітей оточуючого середовища, намагання звільнитися від опіки з боку батьків, віра в безкарність, недостатній рівень самокритичного ставлення до власних вчинків, хибна оцінка складних життєвих ситуацій, вживання спиртних напоїв чи наркотичних речовин, безконтрольність з боку вихователів, недостатній рівень організації профілактичної роботи з неповнолітніми та ін.

У зв'язку з наявністю різних форм соціальної дезадаптованості підлітків, зростає потреба держави в створенні цілісної концепції реабілітації даної категорії дітей, системи і механізмів її реалізації; необхідність у спрямуванні соціально-педагогічних процесів на створення реабілітаційного простору для соціально дезадаптованих дітей і розробці для цього науково-методичного забезпечення; потреба у налагодженні взаємодії всіх соціальних інститутів у реабілітації

дезадаптованої особистості учня; необхідність у наявності педагогів, здатних ефективно здійснювати реабілітацію цих вихованців.

Проблема спеціалізованих соціальних служб допомоги дітям та підліткам належить до таких, що чекають подальших розробок. Теми дитячої злочинності, проституції, самогубств, насилля - це самостійні важкі теми, котрі потребують комплексного підходу до їх вирішення в психолого-педагогічному, медичному та соціальному аспектах. Вирішити дану проблему можуть належним чином підготовлені соціальні та медичні працівники, метою котрих буде надання дітям, які цього потребують, лікувально-профілактичної та морально-психологічної допомоги.

Аналіз науково-педагогічної літератури з проблеми дослідження дозволив визначити, що питанням соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та молоддю присвячені роботи О. Холостової, Л. Оліференко, Т. Шульги, І. Дементьєвої, В. Бочарової, В. Нікітіна та ін.

Та все ж проблеми вирішення дитячої дезадаптованості дітей залишаються актуальними й метою статті є, перш за все, описати систему соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та підлітками.

Глибокі соціальні потрясіння, що відбуваються в нашому суспільстві, кризовий стан економіки, культури і освіти катастрофічно погіршують умови життя і виховання дітей та молоді, неминуче призводять до збільшення кількості та різноманітності труднощів і ризиків, з якими стикаються дитина і його батьки в процесі життя і розвитку. Як наслідок, дослідники зазначають цілий ряд негативних тенденцій в дитячому та підлітковому середовищі. Результати цих негативних явищ спостерігаються в зростанні підліткової злочинності, в збільшенні числа безпритульних та бездоглядних дітей, у зростанні масштабів дитячого алкоголізму та наркоманії.

Спеціалізовані установи для неповнолітніх, які потребують соціальної реабілітації, покликані надавати допомогу тій категорії дітей та підлітків, яка опинилася у складній життєвій ситуації та віднесенні до категорії „дезадаптованих дітей”.

Дезадаптація підлітків – це порушення процесу соціального розвитку, соціалізації індивіда. Ознаки соціальної дезадаптації - порушення норм моралі і права, асоціальні форми поведінки, втрата соціальних зв'язків з сім'єю і школою, різке погіршення нервово-психічного здоров'я, збільшення ранньої підліткової алкоголізації, схильність до суїциду [2, с. 270].

У силу того, що сформована система соціально-профілактичної та корекційної роботи не відповідає сьогоденній складній ситуації, актуальним завданням стало формування нової соціальної політики профілактики дитячої бездоглядності і соціального сирітства, створення спеціалізованої системи закладів для дезадаптованих дітей та підлітків, призначеної для цілеспрямованої роботи з їх соціальної реабілітації.

Основна система соціальної роботи з дезадаптованими дітьми ґрунтується на законі України „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” та згідно з розділом другим, цього закону, здійснюється соціальне обслуговування дітей та молоді, соціальний супровід дітей та молоді, соціальна профілактика серед дітей та молоді, соціальна реабілітація дітей та молоді [3].

Соціальне обслуговування та соціальну допомогу дітям та підліткам здійснюють:

- комплексні центри соціального обслуговування населення;
 - територіальні центри соціальної допомоги сім'ї і дітям;
 - центри соціального обслуговування;
 - соціально-реабілітаційні центри для неповнолітніх;
 - центри допомоги дітям, які залишилися без піклування батьків;
 - соціальні притулки для дітей та підлітків;
 - центри психолого-педагогічної допомоги населенню;
 - центри екстреної психологічної допомоги по телефону;
 - центри соціальної допомоги вдома;
 - будинки нічного перебування;
 - стаціонарні установи соціального обслуговування (будинки-інтернати для інвалідів, психоневрологічні інтернати, дитячі будинки-інтернати для розумово відсталих дітей, будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами);
 - інші установи, що надають населенню соціальні послуги [2; 4].
- Завданнями таких закладів є наступні:
1. профілактика бездоглядності, бродяжництва, дезадаптації;
 2. психолого-медична допомога дітям;
 3. формування у дітей та підлітків позитивного досвіду соціальної поведінки, навичок спілкування і взаємодії з оточуючими людьми;
 4. виконання опікунських функцій у ставленні до тих, хто залишився без батьківської уваги і турботи;
 5. психологічна і педагогічна підтримка; сприяння поверненню в сім'ю;
 6. забезпечення можливості отримати освіту;
 7. турбота про подальший життєустрій дітей.

Іншими словами, основна мета діяльності зазначених закладів - соціальний захист і підтримка дітей, їх реабілітація і допомога в життєвому визначенні [2].

Важливу роль у роботі з дезадаптованими дітьми та підлітками відіграють центри соціальних служб для молоді, насамперед спеціалізовані служби при цих центрах, які діють на території України: Служба психологічної допомоги „Телефон довіри”, Кризовий центр соціально-психологічної допомоги, Служба соціальної підтримки сімей „Родинний дім”, Служба вторинної зайнятості молоді та ін.

Основні завдання кризових центрів соціально-психологічної допомоги: надання комплексної психологічної, соціально-педагогічної, соціально-медичної, соціально-економічної, юридичної та інформаційної допомоги дітям, молоді та різним категоріям сімей, які перебувають у кризовій ситуації, зазнали різних форм насилля; здійснення соціально-реабілітаційних заходів щодо відновлення соціальних функцій, психологічного і фізичного стану осіб, які зазнали насильства або перебувають у кризовій ситуації.

Таким чином, дезадаптація підлітків – це порушення процесу соціального розвитку, соціалізації індивіда. Для вирішення проблем дітей та молоді державою організовується система соціальної роботи, що здійснюється за допомогою центрів соціального обслуговування населення; територіальних центрів соціальної допомоги дітям; центрів соціального обслуговування; соціально-реабілітаційні центрів для неповнолітніх; центрів допомоги дітям; соціальні притулки. Основна мета діяльності таких закладів – соціальний захист і підтримка дітей, їх реабілітація і допомога в життєвому визначенні.

Перспективою подальших досліджень за даним напрямом є розкриття особливостей організації системи соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та підлітками на регіональному рівні.

Список використаної літератури

1. Лист МОН № 1/9-480 від 08.07.13 року „Про методичні рекомендації з питань організації виховної роботи у навчальних закладах у 2013/2014 навчальному році” – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/36528/>. **2. Холостова Е. И.** Технологии социальной работы: Учебник / Е. И. Холостова. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 400 с. **3. Закон** України від 21.06.2001 №2558-III „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>>. **4. Завацька Л. М.** Технології професійної діяльності соціального педагога. Навчальний посібник для ВНЗ / Л. М. Завацька. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2008. – 240 с.

Зайцева К. Ю. Система соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та підлітками

В статті надано опис системи соціальної роботи з дезадаптованими дітьми та підлітками. Означено мету, завдання та види закладів по роботі з даною категорією клієнтів, розкрито основні види допомоги, що надається у закладах такого типу. Під дезадаптацією підлітків розуміються порушення процесу соціального розвитку, соціалізації індивіда. Основним призначенням спеціалізованих установ для дезадаптованих дітей та підлітків вважається їх соціальний захист, підтримка, реабілітація і допомога в життєвому визначенні.

Ключові слова: підліток, система, дезадаптація, соціальна робота

Зайцева К. Ю. Система социальной работы с дезадаптированными детьми и подростками

В статье представлено описание системы социальной работы с дезадаптированными детьми и подростками. Обозначены цель, задачи и виды учреждений по работе с данной категорией клиентов, раскрыты основные виды помощи, которая предоставляется в учреждениях такого типа. Под дезадаптацией подростков понимаются нарушения процесса социального развития, социализации индивида. Основным назначением специализированных учреждений для дезадаптированных детей и подростков считается их социальная защита, поддержка, реабилитация и помощь в жизненном определении.

Ключевые слова: подросток, система, дезадаптация, социальная работа

Zaytseva K. The system of social work with children and teenagers, who are disadapted

The article provides a description of system social work with children and teenagers, who are disadapted. Disclosed the goal, objectives and agencies work with this category of clients. Disclosed also the main forms of assistance provided in these agencies. Disadaptation of teenagers is understood as violations of the process social development, socialization individual. The main purpose of specialized institutions for disadapted children and teenagers is their social protection, full support, rehabilitation and assistance in life.

Key words: teenager, system, disadaptation, social work.

УДК [364.692:663.51:615.015.6]-053.6

А. А. Майба

**ПІДЛІТКОВИЙ АЛКОГОЛІЗМ ТА ДЕЯКИ АСПЕКТИ
ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ**

Реалії сучасного життя свідчать про велику кількість випадків адиктивної (залежної) поведінки у дітей старшого віку, зокрема такої залежності як наркотична та алкоголічна. Зараз в суспільстві набули широкого розголосу питання пов'язані з відсутністю достатнього рівня моральності, вихованості, дисциплінованості в молодого покоління. За кількістю дітей – алкоголіків Україна займає одне з перших місць. Все частіше можна побачити підлітків, які розпивають алкогольні напої. Хоча якщо дослідити статистику, то в Україні алкоголь вживають не частіше, ніж в інших країнах. Україна відрізняється кількістю вживання. Ще кілька років тому з'ясувалося, що алкоголь – це велика проблема для українських дітей. За заявами лікарів, питущі підлітки в 5 разів частіше стають алкоголіками, оскільки ранній вік сприяє до прискореного процесу звикання до алкоголю [1].

Тому особливої актуальності набуває професійна допомога спеціалістів з соціальної роботи, як першочергової ланки на шляху профілактики та виявлення осіб, які більше за інших схильні до вживання алкогольних напоїв.

Метою статті є аналіз особливостей підліткового алкоголізму, основних небезпек, які він спричиняє, а також розкриття деяких аспектів його профілактики.

Дослідженням цієї теми займалася велика кількість вчених, таких як Е. Ромашин, Л. Васілевська, І. Галіна, Н. Копит, важливий відбиток на розвитку теоретичної складової залишив доктор медичних та соціальних наук, професор В. Кондрашенко та багато інших, що свідчить про нагальність та необхідність дослідження цієї проблеми.

Для дослідження цієї теми необхідне знання специфічних термінів, з якими доводиться стикатися. В термінологічному плані слід розрізнити алкоголізм, як хворобу та пияцтво, як вживання спиртних напоїв, що не призводять до ознак алкоголізму. Розмежування цих термінів необхідне хоча б тому, що при лікуванні алкоголізму використовуються методи переважно медичного характеру, а при пияцтві психологічного та соціального [2, с. 3]. Алкоголізм – захворювання, різновид токсикоманії, що характеризується хворобливою пристрастю до алкоголю (етилового спирту), з психічною та фізичною залежністю від нього [3].

Як зауважують такі науковці як П. Сидоров, А. Мітюхляєв, рівень алкоголізації підростаючого покоління значною мірою може бути своєрідним індикатором психічного здоров'я нації. Зростаючий рівень алкоголізму, в тому числі і серед молоді, робить цю проблему однією з найважливіших, що має не тільки медичне, але й соціальне значення [4].

Під ранньої алкоголізацією розуміється знайомство зі спиртними напоями у віці до 16 років і регулярне його вживання в старшому підлітковому віці; про ранній алкоголізм можна говорити при появі ознак хоча б першої стадії хвороби до 18 років. Характерним для ранньої алкоголізації є групове вживання алкоголю. Спонукальними (початковими) мотивами в цьому випадку, зазвичай, є небажання відстати від однолітків, цікавість, помилково зрозумілий шлях до статусу дорослої людини. Надалі психологічні мотиви повторних вживань алкоголю пов'язані з бажанням випробувати „веселий настрій”, почуття розкутості, впевненості в собі. У середньому алкоголізм формується у підлітків через 1-3 роки після початку систематичного пияцтва, тобто в 3-4 рази швидше, ніж у дорослих. Особливо швидко алкоголізм розвивається у підлітків з неврівноваженим характером, розумово відсталих, які перенесли в ранньому дитячому віці черепно-мозкову травму або захворювання головного мозку. Психічна залежність від алкоголю у таких підлітків формується в середньому через 3-6 місяців, а фізична – через 1-1,5 року [5].

При появі фізичної залежності підліток вдається до алкоголю як до засобу, який допомагає йому „впоратися” з тяжким станом похмілля. При цьому нерідкі випадки, коли підлітки замінюють алкоголь іншими наркотиками або сильнодіючими медикаментозними препаратами. Характерно, що спочатку патологічний потяг до алкоголю проявляється в непрямих ознаках. Такі підлітки охоче розмовляють про випивку, прикрашаючи їх реальними і вигаданими „пригодами”, оживають при згадці про алкоголь, проявляють активність, а з часом і кмітливість у пошуках спиртного.

Патологічний потяг до алкоголю в підлітковому віці з самого початку носить нездоланий характер. Ця непереборність ще більш посилюється, якщо підліток потрапляє в компанію подібних йому однолітків.

Стан „похмілля” у підлітків на відміну від такого у дорослих проявляється переважно фізичними розладами (головні болі, нудота, блювота та ін.). На цій фазі розвитку похмільний синдром може затримуватися досить довго. При прогресуванні захворювання до фізичних розладів приєднуються психічні порушення (тривога, страх, порушення сну), під час яких нерідко робляться спроби до самогубства. Стан похмілля і особливо супроводжуючі його психічні порушення свідчать про те, що розвиток алкоголізму зайшов досить далеко. Проте слід мати на увазі, що багато підлітків п’ють вранці не для того, щоб полегшити свій фізичний стан, а в силу удаваної престижності, наслідуючи дорослим.

Кількісний самоконтроль у підлітків виражений слабо. Наслідуючи старшим за віком, бравіруючи, підлітки з самого початку п’ють у великих дозах, що нерідко закінчується важким алкогольним отруєнням. Особливо часто це буває, коли вони починають пити в компаніях з асоціальними установками. Підліток уникає якийсь час з’являтися в п’яному вигляді, в школі, на роботі, але вважає звичайним і навіть престижним бути нетверезим на танцях, в колі однолітків. Зникнення ситуаційного контролю – ознака деградації особистості. Індивідуальна витривалість до алкоголю у підлітків на відміну від дорослих зростає досить швидко. Толерантність змінюється зниженою витривалістю. Багато підлітків сприймають зростаючу витривалість до алкоголю не як симптом захворювання, а як ознака мужності, пишаються великою кількістю випитого і остаточно спиваються.

Підлітки швидко переходять від епізодичного пияцтва до систематичного але рідко п’ють поодиноці. Справжніх запоїв у них майже не буває, проте „помилкові” запої, що залежать від зовнішніх обставин (від’їзд батьків, порожня квартира, компанія, наявність грошей і таке інше), зустрічаються досить часто. У такому випадку підліток п’є, поки не прийдуть батьки, поки не закінчаться гроші.

Ознаки алкоголізму у підлітків тісно переплітаються з особливостями психіки, типовими для цього віку. В силу її незрілості для

них характерне поєднання таких полярних якостей, як боязкість і самовпевненість, підвищена чутливість і черствість, сором'язливість і розв'язність, боротьба з авторитетами і обожнювання кумира, чуттєве фантазування і сухий раціоналізм. Всі ці „крайні” якості психіки при хронічній алкоголізації ще більш загострюються і нерідко стають рисами характеру.

Однією з особливостей алкоголізму в підлітковому віці є нечіткість, „розмитість” його симптомів. У підлітків ще важче, ніж у дорослих, провести грань між пияцтвом і алкоголізмом, виділити окремі стадії розвитку захворювання. У початкових стадіях алкоголізм у підлітків, на відміну від алкоголізму дорослих, легко виліковний: утримання від алкоголю швидко веде до одужання; в важких випадках швидко розвивається деградація особистості. Досвід показує, що „чистий” алкоголізм в підлітковому віці – явище досить рідкісне. Разом з тим, як уже згадувалося, серед підлітків, що зловживають алкоголем, багато осіб з нервово-психічними розладами (розумова недорозвиненість, патологія характеру, наслідки травми головного мозку і т. д.). Все це ускладнює клінічну картину алкоголізму і вимагає уважного ставлення до всіх підлітків, схильних до пияцтва. Алкоголізм у підлітків ще частіше, ніж у дорослих, супроводжується різного роду правопорушеннями. Характерно, що з настанням деградації посилюється не так зловживання алкоголем, скільки порушення норм поведінки (сексуальна розбещеність, брехливість, жебрацтво, схильність до протиправних дій). Особа, яка стала на шлях деградації особистості малоімовірно зможе самостійно повернутися до нормального життя, тому тут необхідна допомога соціального робітника чи психолога. А краще обох цих спеціалістів разом.

Дослідження „подальшої долі” підлітків – алкоголіків показало, що всі вони погано адаптуються до навколишнього соціального середовища. Смертність при алкоголізмі серед підлітків досить висока, але гинуть вони найчастіше від нещасних випадків (катастрофа, вбивство) і самогубств.

У наш час профілактика алкоголізму має першорядну важливість. Соціальний працівник, який працює з дітьми, схильними до алкоголізму, що утворюють так звану групу ризику, повинен добре знати методів профілактики цього захворювання. У першу чергу, вона полягає у виховних і організаційних заходах. Вони спрямовані на те, щоб підліток більше дізнався про згубні дії алкоголю на свій організм і психіку, і прагнув уникати спокус і контакту з пияцущими ровесниками та дорослими. У другу чергу, проводиться ряд заходів щодо стимулювання різного роду захоплень серед молоді, підвищенню її інтересу до освіти і оволодінню професією.

Медична сторона зводиться до санітарного просвітництва, а також до виявлення людей з підвищеним ризиком розвитку підліткового алкоголізму. Для підлітків медична інформація подається разом із

соціальною. Соціальна інформація – це інформація про несприятливі наслідки алкоголізму для підлітків, для їхніх друзів і для суспільства в цілому. Профілактика підліткового алкоголізму має медичну і соціальну сторону. Головну роль у профілактиці підліткового алкоголізму грають працівники охорони правопорядку та вихователі. Зараз поєднання медичної та соціальної інформації у профілактиці підліткового алкоголізму не приносить належного ефекту – це пов'язано з тим, що підлітки бачать пияцтво старшого покоління і поступово приймають це за норму поведінки, перестають бачити очевидні шкідливі наслідки, і часто чують від питущих дорослих інформацію протилежного змісту. Цим пояснюється негативне ставлення до антиалкогольної пропаганди серед підлітків. Важливу роль у профілактиці підліткового алкоголізму відіграють батьки. Вони повинні усвідомити для себе найголовніший факт – для підлітка нешкідливих алкогольних напоїв не існує.

Профілактика підліткового алкоголізму реалізується через такі інформаційні канали: лекції, брошури, бесіди, книги, кінофільми, радіопередачі, телепередачі [6]. Ефективність цих інформаційних каналів різна. На жаль, телебачення активно рекламує алкоголь і орієнтує цей продукт, перш за все на підлітків. Передач про шкоду алкоголю на телебачення вкрай мало – це і пояснює не ефективність профілактики підліткового алкоголізму на даний момент. Потрібно щоб на основних центральних каналах регулярно виходили відео матеріали про шкоду алкоголю, що безперечно матиме позитивні наслідки для профілактики пияцтва. Також необхідно спрямувати всі зусилля, щоб вилучити алкоголь з життя підлітків, для цього треба добре організовувати їх вільний час, потрібно дати підліткам інше, що могло б згуртувати компанію, підняти настрій, позбавити від стресів, дати силу і здатність проявити себе. Необхідно подбати про те, щоб кожен підліток міг зайнятися спортом, мистецтвом, певним хобі.

Важливим завданням профілактики підліткового алкоголізму є виявлення підлітків з високим ризиком розвитку цієї хвороби. Цим повинні займатися спеціалісти з соціальної роботи використовуючи спеціальні програми і тести для виявлення таких підлітків. До підлітків з високим ризиком розвитку алкоголізму відносяться підлітки, які проживають з питущими батьками, які спілкуються з питущими друзями, підлітки у яких є прогули школи, приводи в міліцію, нестійкий характер, підлітки з інтернатів. Підлітки зі схильністю до алкоголю повинні бути під постійним наглядом (профілактичне обстеження лікарями наркологами). Крім того слід враховувати, що підлітки групи високого ризику потребують підтримки однолітків, а не опіки з боку старших, тому слід створити мережу однолітків з негативним ставленням до алкоголю. У подібних групах підлітки разом вчать вирішувати виниклі проблеми і завжди приходять на допомогу до своїх друзів, вони успішно вирішують і виниклі сімейні проблеми.

Отже, на основі аналізу літератури, робимо висновок, що підлітковий алкоголізм нагальна проблема суспільства на різних етапах його розвитку. Ще 2000 років тому проблема алкоголізму в суспільстві була дуже поширеною. Відомий давньогрецький лікар Гіппократ, якого вважають „батьком медицини”, казав так: „Пияцтво – це добровільне божевілля, а дитяче пияцтво – це вбивство майбутнього”. Важко з ним не погодитися, адже діти і підлітки – майбутнє нації і пияцтво, навіть не сам алкоголізм, залишає невиправний ефект на здоров’ї наступних поколінь та призводить до деградації людства. Тому на перший план повинна виходити профілактика не самого алкоголізму, а пияцтва як початкового чиннику розвитку цієї хвороби.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми підліткового алкоголізму, та профілактики цієї хвороби. Подальшого дослідження потребує проблема формування професійних якостей соціального працівника та створення серед підлітків популярного образу непитущого та здорового способу життя.

Список використаної літератури

- 1. Новини** української психіатрії / 2013 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://narkomaniy.net/news/news/statistika-narkomanii-i-alkogolizma-v-ukraine/>.
- 2. Копыт Н. Я.** Алкоголь и подростки / Н. Я. Копыт, Е. С. Скворцова – М. : Медицина, 1985. – 48 с.
- 3. Енциклопедичний словник** Брокгауза і Єфрона ; 121240 статей. – 86 т. – Т. 4. – Санкт Петербург, 1907. – 480 с.
- 4. Сидоров П. И.** Ранний алкоголизм / П. И. Сидоров, А. В. Митюхляев – Архангельск : „АГМА”, 1999. – 306 с.
- 5. Лычко А. Е.** Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Лычко [Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова]. – Санкт-Петербург : Речь, 2009. – 256 с.
- 6. Буришина М. Г.** Профилактика алкоголизма и наркомании среди подростков / Марина Геннадиевна Буришина. – Челябинск : ЧГПУ, 2009.

Майба А. А. Підлітковий алкоголізм та деякі аспекти його профілактики

У даній статті розкриваються проблеми і особливості підліткового алкоголізму, опираючись на думки відомих дослідників, описані відмінності „пияцтва” та „алкоголізму” та деякі методи їх профілактики.

Ключові слова: алкоголізм, пияцтво, підлітковий вік, фізична та психологічна залежність.

Майба А. А. Подростковый алкоголизм и некоторые аспекты его профилактики

В данной статье раскрываются проблемы и особенности подросткового алкоголизма, опираясь на мнения известных

исследователей, описаны различия „пьянства” от „алкоголизма” и некоторые методы их профилактики.

Ключевые слова: алкоголизм, пьянство, подростковый возраст, физическая и психологическая зависимость.

Mayba A. Juvenile alcoholism and some aspects of his prophylaxis This article open up problems and features of juvenile alcoholism, leaning against opinions of the known researchers, distinctions of „drunkenness” from „alcoholism” and some methods of their prophylaxis are described.

Key words: alcoholism, drunkenness, teens, physical and psychological dependence.

УДК 364.4-053.6:316.624

А. М. Мілашова

АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА НЕПОВНОЛІТНІХ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Проблема адиктивної поведінки є сьогодні надзвичайно актуальною, особливе занепокоєння викликає її поширення серед дітей через необоротну шкоду на організм неповнолітніх тютюнопаління, уживання алкоголю, наркотиків, токсикологічних речовин. Запобігти цьому може детальне вивчення цього явища і створення системи соціальної профілактики адиктивної поведінки.

Вивчення адиктивної поведінки відбувається на інтегративних засадах фахівцями психології, соціології, медицини, соціальної педагогіки. Починають дослідження цієї проблеми А. Лічко, Д. Колесов, С. Шевердін, Б. Левін, М. Левін, В. Оржеховська Н. Максимова, С. Толстоухова. Останнім часом поширення інтересу до адикцій дітей простежуємо в роботах Ц. Короленка, В. Менделевича, О. Безпалько, А. Капської, Н. Заверіко, О. Карпенко, М. Окаринського, П. Гусака, Н. Бурмаки, О. Савчука, Т. Мартинюк, І. Шишової, О. Мурашкевича. І все ж соціально-педагогічні аспекти цієї проблеми є ще недостатньо висвітленими й систематизованими. Мета статті – надати характеристику сучасним соціальним поглядам на проблему адиктивної поведінки дітей.

Розпочинаючи аналіз соціально-педагогічних досліджень адиктивної поведінки дітей, зауважимо, що всі дослідження ми умовно поділили на такі напрямки. Це, по-перше, аналіз основних поглядів на понятійно-категоріальний апарат у питанні профілактики адиктивної поведінки. По-друге, аналіз останніх розробок сутності тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії неповнолітніх.

Аналіз останніх досліджень провідних українських науковців дозволяє сказати, що намітилася тенденція до аналогічності думок у

визначенні поняття „адиктивна поведінка”, чого не можна було сказати в попередній період. Загалом під адиктивною поведінкою розуміють поведінку, що досягається різноманітними способами – фармакологічними й нефармакологічними, і це супроводжується розвитком суб’єктивно приємних емоційних станів [1].

Одне з останніх вичерпних визначень поняття „адиктивна поведінка” надала О. Безпалько: „адиктивна поведінка – це поведінка людини, для якої притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій” [1, с. 103]. Продовжуючи цю думку, зауважимо: „поведінка, що передуює різним видам хімічної залежності, називається адиктивною поведінкою (від англ. addictive behaviour – хибна залежність, негативна пристрасть, залежна (від наркогенних засобів) поведінка)” [2, с. 320]. Вона може сформуватися внаслідок вживання різних груп наркогенних речовин і характеризується наявністю пов’язаних із цим проблем. Під наркогенними речовинами мають на увазі такі речовини, як наркотики, алкоголь та токсикологічні речовини.

Але ж щодо нехімічних адикцій, то тут ми завжди використовуємо термін „залежність”: залежність від азартних ігор, залежність від мобільного телефону, залежність від їжі тощо [4], дуже важко використовувати будь-які інші синоніми. Підкреслимо, що завжди на увазі ми маємо психологічну залежність, фізична, якщо й розвивається (не за всіх видів адикцій вона можлива), то теж спочатку потребує медичного втручання.

Отже, адиктивна поведінка – це поведінка, що передуює виникненню фізичної залежності, стадія зловживання у випадку і хімічних, і нехімічних адикцій – можлива стадія психологічної залежності.

Термін „психоактивні речовини” ми відносимо до всіх тих речовин, які вибірково впливають на нервову систему: або стимулюють, або гальмують, або дезорієнтують тощо [4].

Щодо робіт із дослідження сутності та змісту адиктивної поведінки, то серед останніх публікацій – дослідження феномену станів адиктивної поведінки людини. Окремо йдеться про розмежування вживання і зловживання психоактивними речовинами. „Саме слово „зловживання” означає, що це „вживання в зло”, тобто таке, яке спричиняє шкоду” [5, с. 20].

Із цього приводу і зарубіжні, і українські дослідники наголошують, що коли йдеться про дітей, то будь-яке вживання вважають зловживанням, тому що завдає непоправної шкоди здоров’ю дитини або її майбутнім нащадкам.

Безперечно, інноваційним є згрупування всіх різновидів адиктивної поведінки у три основні види: нехімічні адикції (схильність

до азартних ігор або гемблінг, комп'ютерна адикція, трудоголізм); проміжні форми адикції (анорексія – відмова від їжі, булімія – прагнення до постійного споживання їжі); хімічні адикції (уживання та вдихання психоактивних речовин: тютюну, алкоголю, наркотиків, медичних препаратів, речовин побутової хімії). Під соціальною профілактикою розуміють „комплекс економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі” [1, с. 31].

До адиктивної поведінки відносять навіть надмірні фізичні вправи, прослуховування ритмічної музики та патологічні відносини із речами, які не є наркотиками.

У розвитку адиктивної поведінки можна виділити три механізми: адиктивну соціалізацію (недостатній соціальний контроль, психологічний інфантилізм, алкогольна сім'я); диссоціальний механізм (опортуністична орієнтація особистості, адаптація в антисоціальній групі, інформованість про психоактивну дію певних речовин) та інтегративний механізм (наявність особистісних конструктів, які дезінтегрують психічну діяльність).

Одним із основних механізмів адиктивної поведінки є перенесення емоційного ставлення з живого об'єкта на неживий або навпаки, наприклад, наркоман вступає в емоційні відношення з наркотичними речовинами, що підкріплюється їхньою дією на його організм.

Щодо аспекту вікових періодів в аналізі профілактичних досліджень, то левову долю становлять дослідження профілактики адиктивної поведінки саме підліткового періоду, тому що сама специфіка підліткової психології, найбільш поширені в цьому віці порушення емоційної сфери, важковиховуваність підлітків зумовлюють їхню адиктивну поведінку. Через вікові характеристики особистості, яка формується, причини всіх виявів адиктивної поведінки в підлітків єдині. У реабілітаційній і профілактичній роботі вагомим моментом є формування мотивації підлітка до співпраці та розуміння формування несприйнятливості до вживання наркотичних речовин.

Адиктивна поведінка суттєво впливає на спосіб життя підлітків. „Чим більше виявляється адиктивність, тим більше порушуються емоційні відносини з оточенням. Потреба в емоційному теплі і близькості переноситься на об'єкт адиктивності. Тепер психоактивна речовина стає універсальним джерелом позитивних переживань” [3, с. 182].

За статистикою, найбільшу кількість дітей залучають до вживання психоактивних речовин у підлітковому віці, приблизно половина підлітків перебуває на етапі пошукового полінаркотизму, вони намагаються перепробувати всі психоактивні речовини, які тільки можна дістати [4]. І саме тому профілактичні дії потрібно спрямувати на

молодший вік. Первинна профілактика має ефект у молодшому шкільному і навіть певною мірою в дошкільному віці. У підлітковому віці й періоді юнацтва ми говоримо про вторинну і третинну профілактику.

Перейдемо до аналізу праць, присвячених сутності тютюнопаління, уживання алкоголю й наркотиків дітьми. Аналіз літератури показав, що найбільша кількість робіт із профілактики вживання психоактивних речовин стосується профілактики вживання наркотиків. Це є об'єктивною відповіддю на проблему поширення наркоманії в Україні та світі загалом. Доволі велика кількість досліджень стосується таких взаємопов'язаних глобальних проблем, як протидія поширенню наркоманії і СНІДу. І це не випадково, адже відомо, що близько половини всіх інфікованих отримали вірус через споживання ін'єкційних наркотиків. В основному йдеться про молодіжне оточення, це пояснюється тим, що майже половина наркозалежних – це молоді люди віком від 20 до 29 років. І знову підкреслимо, що саме тому профілактичні дії потрібно спрямувати на попередні вікові періоди.

Певна кількість робіт присвячена профілактиці наркоманії підлітків. Говорячи про наркотики, учені пропонують відокремлювати їх від інших психоактивних речовин і наголошують, що „наркоманія – це захворювання, за якого психічний і фізичний стан людини, її самопочуття та настрої цілком залежать від наявності наркотику в організмі” [2, с. 57].

Набагато менша кількість робіт присвячена профілактиці вживання наркотиків дітьми до підліткового періоду, хоча, на нашу думку, це є об'єктивно необхідним. Тоді складно підібрати відповідні форми й методи профілактики дорослої проблеми в дитячому середовищі. Тут на допомогу приходять розробки в галузі казкотерапії, які надають можливості ефективної профілактичної діяльності, припинення вживання в разі залежності та підтримки близьких залежної людини.

Для успішної протидії поширенню наркотичних засобів потрібно якомога раніше виявляти осіб, які почали їх уживати. Важливо не тільки провести бесіду, а й звернути увагу на зовнішній вигляд, отримати об'єктивну інформацію від батьків, родичів, знайомих, учителів.

Значним фактором розповсюдження наркоманії є прагнення наркозалежних спонукати до прийому інших людей. У медицині це називається прозелітизм – „схильність учити інших приймати наркотики”. Важливо враховувати, що наркотичні речовини мають особливу специфічну дію на дитячу психіку. Чим менший вік, тим більша важкість психічної патології, яку спричиняє прийом наркотиків. Найбільш вразливі до дії наркотичних речовин діти віком 10 – 13 років, а в дітей та підлітків, які перенесли черепно-мозкову, пологову травму, нейроінфекції, психічна патологія протікає швидше й більш агресивно.

У розповсюдженні вживання алкоголю поряд із іншими причинами все частіше вказують на збільшення кількості неповних сімей, у яких діти набагато частіше звертаються до цієї згубної звички.

Аналіз методики формування антиалкогольної установки в підлітків показав, що ефективною вона може бути лише за умови розробки її на весь період навчання в школі. Так, у 5 – 6 класах пропонується проведення рольових ігор, у яких обігрується ситуація алкогольного затягування й можливі варіанти відмови, вона допомагає підлітку засвоїти реальну можливість тверезої поведінки, а колективна творча діяльність класу дає можливість урізноманітнити форми антиалкогольної роботи і водночас виховати інтерес до здорового способу життя. У 7 – 9 класах найбільш ефективною може стати участь представників різних спортивних організацій, лідерів-спортсменів або ветеранів спорту, які є реальним прикладом ведення здорового способу життя. І в 10 – 11 класах ефективним є створення лекторських груп активістів, які розповідають про шкоду алкогольного зловживання молодшим підліткам, що має важливе значення у формуванні антиалкогольної установки в останніх, тому що старші підлітки завжди є для них референтною групою.

Численні дослідження показали, що дитячий алкоголізм значно відрізняється від дорослого, а рівні привернення дітей до вживання спиртних напоїв мають свої мотиви. Так, нульовий рівень характеризує неповнолітніх, які ніколи не вживали алкоголь завдяки установці на тверезість.

Початковий рівень має за мотиви бажання долучитися до світу дорослих або „бути як усі”, епізодичний рівень характеризують бажанням поліпшити настрій та збільшити комунікабельність, рівень високого ризику диктує необхідність розслабитися, повеселитися, психічна залежність від алкоголю призводить до бажання відійти від реальності, фізична залежність – покращити погане самопочуття. Ми повністю погоджуємося з тим, що метою соціально-педагогічної діяльності з підлітками, які схильні до вживання спиртного, є усунення факторів, які провокують алкоголізацію дітей, а також об'єднання зусиль різноманітних організацій і служб. Зі свого боку хотілось би додати, що сьогодні потрібно не тільки створити такі служби, а й піти далі, будувати профілактичну роботу з урахуванням усіх ресурсів соціальної роботи.

Серед останніх розробок у профілактиці вживання алкоголю потрібно звернути увагу на специфіку та загрозу масового вживання пива молоддю. Недооцінка шкоди й неправильна інформація про користь уживання цього напою призводять до моди на пиво, прагнення вписатися в те оточення, яке цікаве й де споживання пива є нормальним.

Дослідження з профілактики тютюнопаління здебільшого наголошують на соціальній зумовленості цієї залежності, автори вказують серед найважливіших причин його розповсюдження бідність, доводячи це статистичними даними. Одним із важливих чинників

ефективності профілактики тютюнопаління є позитивний підхід, який визначається формуванням моди на здоровий спосіб життя без сигарет [2, с. 57].

Важливо, що результативність профілактики адиктивної поведінки залежить від знання її причин та визначення рівня цих причин: особистісного, соціального, біологічного [1, с. 254]. Перейдемо до їх розгляду.

Важливим для розкриття причин адиктивної поведінки дітей є поняття факторів ризику соціалізації особистості. До чинників ризику адиктивної поведінки належать різні несприятливі умови функціонування суспільства, його структурних компонентів і окремих людей. Такими факторами можуть бути нестабільна соціальна й економічна ситуація, деформація цінностей, зміна ієрархії цінностей, відсутність умов самореалізації, фізичне, психологічне й сексуальне насилля над особистістю тощо. Сімейними факторами можуть бути розлучення, втрата членів сім'ї, втрата роботи чи здоров'я, неможливість повноцінного виконання функцій, відсутність любові й поваги, аморальний спосіб життя. Особистісні фактори ризику – асоціальна й аморальна поведінка, низький рівень духовності, невизнання, відсутність умов для самореалізації, агресивна налаштованість на довкілля, депресивні стани тощо.

У багатьох дослідженнях є посилення на акцентуації характеру як одну з основних причин адиктивної поведінки, а в підлітків із психопатіями ризик розвитку адиктивної поведінки ще більш імовірний, і найбільш сприятливим до цього є нестійкий тип. До того ж, конституційні риси особистості, індивідуально-типологічні особливості її характеру відіграють хаотичну роль у прогресивності адиктивної поведінки.

Особливо звертає на себе увагу визначення особистісної схильності до адиктивної поведінки й психологічної готовності, яка виявляється у нездатності адекватного сприйняття життєвих ситуацій, адекватного ставлення до людей і до самого себе, правильної регуляції своєї поведінки, поєднання певних особистісних особливостей, які перешкоджають нормальній соціальній адаптації індивіда [2].

Крім того, деякі автори вказують на те, що в людини можуть бути недостатньо розвинуті стресостійкі та адаптивні можливості внаслідок біологічної зумовленості або в результаті того, що людина потрапляє у стресові ситуації набагато частіше, ніж може витримати особистість.

У багатьох роботах участь неповнолітніх в асоціальних молодіжних угрупованнях указується як одна з причин адиктивної поведінки. Сьогодні виявлений і секрет цієї привабливості. Особливостями вікової психології цього періоду є гостре бажання приймати самостійні рішення й водночас відмова брати на себе за це відповідальність. Саме на цій закономірності й функціонують асоціальні

угруповання: ілюзія повної свободи підлітка обрати таке угруповання і вступити в нього (усе, що заборонялося вдома, тут дозволено) поєднана з тоталітарною структурою угруповання – ієрархічна структура лідерів, стереотипна поведінка (не можна відмовитися від пропозиції психоактивних речовин або інших виявів асоціальної поведінки), виправдання всіх поведінкових виявів.

Деякі дослідження присвячені вивченню мотивів і мотивації вживання психоактивних речовин. Важливим для розуміння проблеми адиктивної поведінки є для нас висновки про те, що і мотиви, і мотивація мають комплексний характер, їх треба розглядати з соціальних, біологічних, психологічних позицій [2; 5].

Дослідники виділяють два види мотивації: внутрішню і зовнішню. Внутрішня – це здебільшого неусвідомлювані потяги, які спрямовують особистість на певний стиль поведінки. Зовнішня мотивація – це те, що усвідомлюється та уявляється як відношення, яке існує між діями та причинами. Пошук справжньої мотивації через прояснення мотиву й розширення можливостей переживання вважають одним з основних завдань роботи з дітьми та їхніми батьками на початковому етапі профілактичної роботи.

Важливо враховувати, що на формування алкогольної установки й психологічної готовності до вживання наркотику впливають індивідуально-типологічні властивості, психологічна схильність до залежності від психоактивних речовин, різноманітні порушення емоційної сфери, такі психологічні особливості підлітків, як реакція автономізації від дорослих, реакція групування з однолітками, морально-психологічна незрілість, не сформованість комунікативних навичок, низка соціальних, матеріальних проблем неповнолітніх, які призводили до стану пригніченості.

Отже, аналіз досліджень показав, що адиктивна поведінка – це поведінка людини, для якої притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. Це поведінка, що передує різним видам хімічних залежностей. Визначено, що терміни „наркотик” та „наркотичні речовини” належать до тих речовин, які викликають абстинентний синдром з погляду медичних характеристик і заборонені законом. Термін же „психоактивні речовини” ми відносимо до всіх тих речовин, які вибірково впливають на нервову систему: або стимулюють, або гальмують, або дезорієнтують. Це тютюн, алкоголь, наркотики, стимулятори. Виявлено, що левову долю серед профілактичних досліджень становлять дослідження профілактики адиктивної поведінки саме підліткового періоду, менше – періоду юнацтва, зовсім мало – періоду дитинства. Найбільша кількість робіт із профілактики вживання психоактивних речовин стосується профілактики вживання наркотиків: протидії поширенню наркоманії і

СНІДу; профілактики наркоманії на рівні різних соціальних інститутів; вивчення специфічної дії наркотиків на дитячу психіку; урахування прагнення наркозалежних спонукати до прийому інших людей. Серед останніх розробок у профілактиці вживання алкоголю потрібно звернути увагу на специфіку та загрозу масового вживання пива молоддю. Результативність профілактики адиктивної поведінки залежить від знання її причин та визначення рівня цих причин: особистісного, соціального, біологічного. Соціальними факторами можуть бути нестабільна соціальна й економічна ситуація, деформація цінностей, відсутність умов самореалізації, фізичне, психологічне й сексуальне насилля над особистістю, участь неповнолітніх в асоціальних молодіжних угрупованнях тощо. Сімейними факторами можуть бути розлучення, втрата членів сім'ї, роботи, відсутність любові й поваги, аморальний спосіб життя. Особистісні фактори ризику – асоціальна й аморальна поведінка, низький рівень духовності, невизнання, агресивна налаштованість на довкілля, депресивні стани тощо. Серед психологічних факторів – акцентуації характеру, психопатії, особистісна схильність і психологічна готовність до адиктивної поведінки. Дослідники виділяють два види мотивації адиктивної поведінки: внутрішню і зовнішню.

Список використаної літератури

1. **Безпалько О. В.** Соціальна педагогіка в схемах і таблицях / О. В. Безпалько. – К. : Логос, 2003. – 134 с.
2. **Богданова І. М.** Соціальна педагогіка : навч. посіб. / І. М. Богданова. – К. : Знання, 2008. – 343 с.
3. **Грибанова О. В.** Педагогические условия предупреждения аддиктивного поведения подростков (на материале работы классного руководителя) : автореф. дис. на соиск. науч. степ. канд. пед. наук : спец. 13.00.01. „Общая педагогика, история педагогики и образования” / О. В. Грибанова. – Волгоград, 2007. – 24 с.
4. **Егоров А. Ю.** Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. – СПб. : Речь, 2007.
5. **Еникеева Д. Д.** Как предупредить алкоголизм и наркомании у подростков : учеб. пособие [для студ. сред. и высш. пед. заведений] / Д. Д. Еникеева. – 2-е изд, стер. – М. : Академия, 2001. – 144 с. – (Серия «Педагогическое образование»).

Мілашова А. М. Адиктивна поведінка неповнолітніх як соціальна проблема

Стаття розкриває поняття адиктивної поведінки, пропонує класифікацію психоактивних речовин, стосується останніх розробок у галузі попередження вживання дітьми тютюну, алкоголю, наркотиків, токсикологічних речовин, більшу частину з яких становлять дослідження профілактики адиктивної поведінки підліткового періоду. Ідеться про широкий спектр психологічних, соціальних і біологічних причин адиктивної поведінки неповнолітніх.

Ключові слова: адиктивна поведінка неповнолітніх, психоактивні речовини, тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія.

Милашова А. М. Адиктивное поведение несовершеннолетних как социальная проблема

Статья раскрывает понятие аддиктивного поведения, предлагает классификацию психоактивных веществ, касается последних разработок в сфере предупреждения употребления детьми табака, алкоголя, наркотиков, токсикологических веществ, большую часть из которых составляют исследования профилактики аддиктивного поведения подросткового периода. Речь идет о широком спектре психологических, социальных и биологических причин аддиктивного поведения несовершеннолетних.

Ключевые слова: аддиктивное поведение детей, психоактивные вещества, табакокурение, алкоголизм, наркоманія.

Milashova A. Addictive behavior minor as a social problem

In the article were expanded on the concept of addictive behavior, gives the classification of psychoactive substances, deals with the latest researches in the field of preventing children from smoking, using alcohol, drugs, toxicological elements, most of which are the investigations of preventative treatment of addictive behavior among the teenagers. This means the wide range of psychological, social, and biological causes of adolescent addictive behavior.

Key words: addictive behavior, psychoactive substances, smoking, alcohol and drug addiction.

УДК 364-78:[343/22-053.6:159.9]

Д. А. Могильний

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ У КОНТЕКСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

Відомо, що неповнолітні, як вікова група в цілому, вважаються такими, що знаходяться в періоді психофізіологічного і соціального росту (пубертації). Цей період для неповнолітніх характеризується неадаптованістю, яка пов'язана з психофізіологічною нестійкістю їх особистості, відсутністю у них, у зв'язку з віком, освіти, професії, трудової кваліфікації, які дозволяють зайняти бажане місце у суспільстві. Відсутність життєвого досвіду перешкоджає правильній оцінці ситуації, в якій опинився підліток. І як результат, підліток вступає сьогодні у конфлікт. У наш час дуже стрімко росте кількість неповнолітніх, які

стають на шлях злочинності. За даними Державного департаменту України з питань виконання покарань на 1 січня 2009 року в колоніях для утримання неповнолітніх відбувають покарання близько 160 тисяч засуджених, з яких 7 тисяч неповнолітні. Більше 50% засуджені за розкрадання та крадіжки, 25% – за розбій чи пограбування, 10% – за нанесення тяжких тілесних ушкоджень чи вбивство. 13% засуджених у віці 14-16 років, 28% – 16-17 років та 39% у віці 17-18 років. Майже кожного третього засуджено на строк від 1 до 3 років позбавлення волі, половину – від 3 до 5 років, та майже 18% - на термін більше 5-ти років. 91% засуджених неповнолітніх відбувають покарання у вигляді позбавлення волі вперше, але 42% раніше мали умовну судимість. Виходячи зі складу засуджених неповнолітніх, які перебувають у виховних колоніях, то 41% з них до засудження ніде не працювали і не навчались. Щорічно до виховних колоній надходить 10 – 90 неписьменних підлітків. 49% – виховувались у неповній сім'ї; 9,5% взагалі не мають батьків, 7% виховувалися у спеціальних закладах Міністерства освіти і науки [3; 5].

Такі дані зумовили актуальність дослідження. Метою статі є розкрити психологічні особливості неповнолітніх правопорушників у контексті діяльності соціального працівника.

Робота фахівців у галузі ювенальної юстиції має ряд особливостей, які виокремлюють даний вид професій серед інших в принципово іншу площину. До таких особливостей насамперед належить наявність знань у працівників не лише про предмет діяльності (нормативно-правове забезпечення), а й про психологічні особливості неповнолітніх, які спричинили виникнення і формування делінквентної поведінки, соціальні умови і особливості їх проживання, наявність чи відсутність кримінальної зараженості таких неповнолітніх та ін.

За таких умов відкритим залишається питання і проблема спеціальної психологічної підготовки фахівців у галузі пробації як передумови їх ефективної діяльності.

Практичні працівники системи правосуддя для неповнолітніх у ході виконання практичних вправ визнають відмінність неповнолітнього від дорослої людини не лише у фізіологічній сфері, а й у поведінковій, особистісній, емоційній тощо.

Проблема девіантної і делінквентної поведінки цікавила філософів, педагогів, психологів за всіх часів існування людства. Серед причин вказувалися вроджені або успадковані особливості та схильності, наслідки недостатнього чи гіпертрофованого виховання молоді людини, прояви кризи суспільства, яке перебуває у перехідному періоді розвитку, проблеми у особистісній сфері дитини чи неповнолітнього.

Для визначення найбільш вразливих до деформації і викривлення якостей і складових особистості пропонуємо розглянути структуру особистості за С. Рубінштейном [40, с.128].

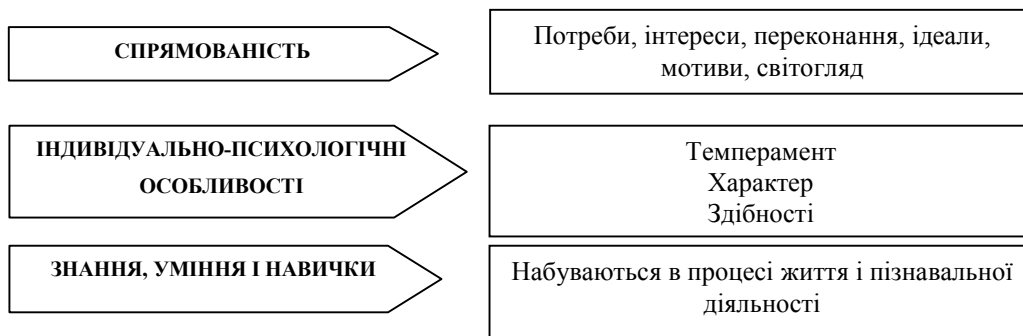


Рис. 1. Структура особистості за С. Рубінштейном.

Індивідуально-психологічні особливості людини становлять основний компонент структури її особистості. Фахівцям у галузі пробації необхідно не лише зрозуміти сутність кожного компоненту, а й знати шляхи впливу чи шляхи корекції останніх.

Для того, щоб зрозуміти делінквентну поведінку дітей, важливо мати уяву про психологію розвитку. Психологія розвитку вивчає нормальний шлях, яким стабільні поведінкові паттерни формуються протягом життя, приділяючи особливу увагу дітям та підліткам. Стійкі паттерни поведінки також відомі як властивості особистості. У минулому сторіччі декілька психологічних теорій були дуже впливовими; серед них були, наприклад, теорії Зигмунда Фрейда, Анни Фрейд, Еріксона, Жана Піаже та Маргарет Махлер. Їх усіх єднає те, що на різних фазах життя мають місце різні прояви розвитку, які є необхідними для того, щоб вироста здорова та стійка особистість [1, с. 344]. Для того, щоб проілюструвати це, треба, на наш погляд, більш детально розглянути теорію розвитку Еріка Еріксона.

З точки зору Еріксона, *розвиток особистості* – це психологічний процес, що визначає дуже важливими як внутрішні психологічні фактори, так і зовнішні соціальні [2, с. 95]. Зміни у розвитку відбуваються протягом всього життя особистості та підлягають впливу трьох взаємопов'язаних чинників:

- біологічні та фізичні сильні сторони та обмеження індивідуума;
- унікальні життєві обставини та історія розвитку особистості, включаючи ранній сімейний досвід та ступінь успіху у осмисленні більш ранніх криз розвитку;
- конкретні соціальні, культурні та історичні сили, що працюють протягом всього життя людини (наприклад, расова упередженість, бідність, технологічна зміна або війна).

Психологічні стадії та процеси розвитку за Еріксоном

Психологічна стадія	Приблизний вік	Опис
Довіра проти недовіри	0-1 рік	Фокусування на орально-сенсорній діяльності; розвиток довірливих відносин із людьми, що піклуються, та довіри до себе (надія)
Самостійність проти стиду та сумнівів	1-3- роки	Фокусування на м'язо-анальній діяльності; розвиток контролю над тілесними функціями та діяльністю (воля)
Ініціатива проти провини	3-6- років	Фокусування на рухово-генітальній діяльності; перевірка кордонів самовпевненості та цілеспрямованості (цілеспрямованість)
Працьовитість проти неповноцінності	6-12 років	Фокусування на майстерності, компетентності та продуктивності (компетентність)
Індивідуальність проти рольової плутанини	12-19 років	Фокусування на формування індивідуальності та гармонійної самооцінки (вірність)
Інтимність проти ізоляції	19-25 років	Фокусування на досягненні близьких відносин та виборі кар'єри (любов)
Продуктивність проти стагнації	25-50 років	Фокусування на досягненні через творчу, продуктивну діяльність, яка вносить свій вклад у майбутні покоління (піклування)
Цілісність Его проти відчаю	50 років і більше	Фокусування на вірі у цілісність життя, включаючи успіхи та невдачі (мудрість)

Е. Еріксон запропонував ідею, відповідно до якої розвиток відбувається серією з восьми стадій, починаючи з раннього дитинства та закінчуючи похилим віком. Кожна стадія має назву, яка походить від конкретної психологічної кризи або складної проблеми, яку кожна дитина повинна вирішити для того, щоб мати можливість перейти далі на наступну стадію. Успішне подолання психологічної кризи на будь-якій окремій стадії призводить до розвитку сильної сторони особистості або доброї якості, яка допоможе людині протистояти майбутнім викликам розвитку.

При розгляді питання ювенальної делінквентності підліткова фаза є дуже істотною. Ранній підлітковий вік починається на початку

пубертату (для дівчаток цей вік складає 9-13 років) і є періодом, у якому відбуваються найбільш важливі фізичні зміни, а також зміни у відношенні до батьків та однолітків. У середині підліткового періоду (14-16 років) розширюється незалежність та експериментування із різними виборами, наприклад, стосовно роботи або подальшого навчання. Кінець підліткового періоду (17 років і до дорослості, приблизно 18/19 років) – це період початку зобов'язань стосовно позицій у суспільстві та особистих відносинах [31; 674].

Період підліткового віку вважається фазою, в якій відбуваються найбільш складні зміни, які люди переживають у своєму житті.

Центральними у підлітковому віці є:

- фізичні зміни, такі як різке зростання, дозріваючі статеві органи та поява вторинних статевих ознак;
- когнітивні зміни, такі як розвинення здатності до абстрактно-логічного мислення. Через це логічне міркування не має бути обмеженим тим, що є матеріальним у світі, але може також включати речі, які могли б бути;
- соціальні зміни, такі як процес відокремлення від батьків та формування власної індивідуальності. Особливо сексуальна індивідуальність та сексуальні відносини грають велику роль [4, с. 253].

У підлітковій фазі звичайним є експериментування із різноманітними соціальними ролями. Підлітки також мають схильність до експериментування із девіантною поведінкою як результату важких процесів, описаних вище.

Делінквентна поведінка, відповідно до юридичних визначень, включає такі дії, як пограбування, напад, нанесення шкоди власності, володіння наркотиками та інші подібні злочини, які скоїла молодь. Делінквентність також включає речі, відомі як статусні правопорушення, які є діями, що вважаються порушеннями правил, тому що особи, які скоїли їх, не досягли віку, з якого починається юридична відповідальність за злочин [41; 223]. Приклади типових статусних правопорушень включають вживання алкоголю, паління та прогули. Незважаючи на те, що делінквентність технічно визначається як окрема дія із порушення закону, дослідники виявили, що окрема делінквентна поведінка молоді із достатньою частотою та жорстокістю представляє паттерн поведінки, який можна визначити та який стає видимим у ранньому віці. Дійсно, ще у 1950-х роках важливе дослідження таких експертів, як Вільям Маккорд та Джоан Маккорд, почало ідентифікувати фактори, які допомогли пояснити ранній паттерн нападу антисоціальної та делінквентної поведінки. Дане дослідження приводить суворе батьківське виховання дітей як головний діючий фактор у розвитку цього паттерну [4, с. 125].

Причини делінквентної поведінки відомий психолог Ч. Ломброзо вбачав у генетичній спадковості. Він на основі проведеного спостереження за зовнішністю засуджених у різних країнах світу зробив

висновок, що всі вони мають спільні „атавістичні” риси. До останніх Ламброзо відносив широкі скули, низький лоб, великі надбрівні дуги, приплющений ніс [3, с. 681].

Опрацьовуючи численні теоретичні матеріали, присвячені питанню причин делінквентної поведінки у неповнолітніх, ми розробили схему розуміння власного явища.

Представлені на рис. 2 причини формування делінквентної поведінки у неповнолітніх не є вичерпними, оскільки природа виникнення такої поведінки досить складна і часто зумовлена накладанням ряду факторів-чинників.

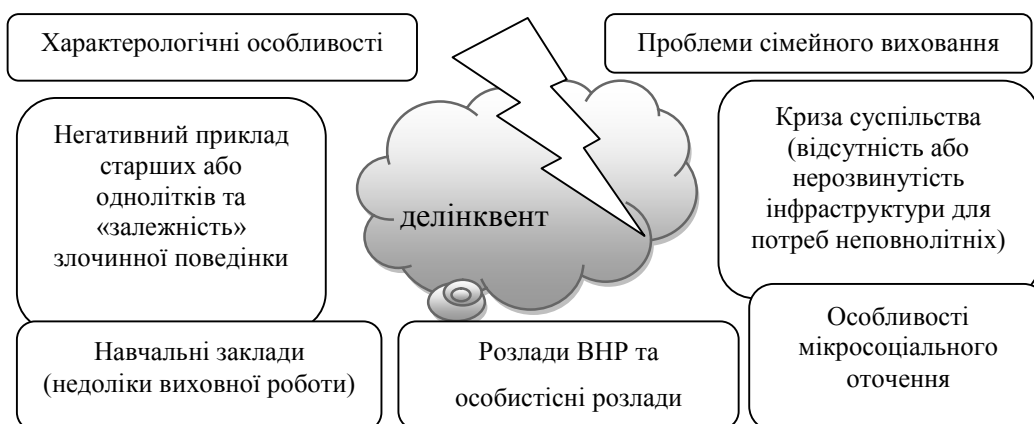


Рис. 2. Причини формування делінквентної поведінки у неповнолітніх

Огляд сучасної літератури дозволяє виявити типові психологічні труднощі дітей і підлітків з відхиленням у поведінці:

- проблеми взаємовідносин з однолітками, батьками, педагогами іншими дорослими;
- утруднене саморозуміння, рефлексія;
- утруднене формування життєвих орієнтирів, ідеалів, цінностей;
- внутрішня самотність, незрозуміння з боку інших людей;
- прагнення уникнути тиску, правил, норм, вимог;
- випробування себе та свого оточення;
- пошук межі дозволеного;
- пошук комфортного існування, емоційного благополуччя;
- відсутність позитивних життєвих цілей;
- образа на долю, людей;
- переживання власної недосконалості, проблемності, відсутність вольового контролю;
- неорганізованість;
- залежність від інших, низька сила власного «Я»;

- труднощі у навчанні;
- відсутність адекватних моделей поведінки в проблемних ситуаціях;
- патологія характеру;
- відсутність відчуття безпеки; пошук захисту;
- почуття провини, сорому за неблагополуччя батьків, відсутність поваги до них.

Головне завдання підліткового віку – знайти „свою власну особистість” [4, с. 63]. Підлітки вчать робити свій вибір, брати на себе зобов'язання, діяти відповідно до них, а також ставати незалежними у світі.

Основні завдання підліткового віку вимагають від підлітків навчання, і таке навчання полягає не просто в тому, щоб знайти правильну відповідь. Найважливіше полягає в тому, щоб зрозуміти значення правильної відповіді. І, можливо, „правильна відповідь” – це щось таке, що підлітки мають вибудувати із уроків досвіду. Це – дійсно, важка праця, і вона, безумовно, потребує підтримки з боку батьків, рідних та сусідів.

Процес переживання злочину та його наслідків у правопорушника є динамічним і відбувається у декілька стадій.

1. Стадія заперечення. На цьому етапі знаходиться багато виправдань, а факт здійснення злочину або визнається частково, або повністю заперечується.

2. Стадія виправдовування. Правопорушники відчувають докори сумління. Вони починають усвідомлювати, що скоїли недобре. Тим не менше вони вибудовують ретельні пояснення та виправдання своїх дій. Обвинувачення, яке їм висувують, може посилити докори сумління та те, як вони шкодують за вчиненим. На цій стадії правопорушники в змозі визнавати свої вчинки, але все ж таки підкреслюють обставини, що призвели до злочину. Вони зосереджені на пошуках шляхів відведення звинувачення від себе на інших людей та інші події. Вони також застосовують та послуговуються стереотипами щодо постраждалих та потенційних жертв. Несвідомо, або навіть свідомо, вони відгороджують себе від постраждалих та шукають „швидкого рішення”, щоб скоріше забути неприємні події.

3. Стадія каяття. Саме тут правопорушники серйозно розглядають свою поведінку та добровільно *беруть* на себе відповідальність за вчинене без виправдань. На цій стадії правопорушники відчувають власний біль, оскільки усвідомлюють, якого болю вони завдали іншій людині, їм потрібна не тільки можливість компенсувати шкоду, а й необхідна допомога, щоб змінити власну поведінку. Справжнє каяття відбувається тоді, коли правопорушники здійснюють певні кроки, аби довести свою готовність змінюватись.

4. Стадія прощення. У правопорушників виникає щире бажання попросити пробачення [31, с.674-675].

За даними досліджень, правопорушники також мають специфічні потреби, пов'язані в основному з відновленням позитивної самооцінки та зруйнованих стосунків. Так, багато правопорушників висловлюють потребу в тому, щоб запевнити потерпілого, що лише вони (правопорушники) несуть відповідальність за те, що трапилось; що одяг, поведінка і можливий зв'язок потерпілого з правопорушником не були причиною злочину. Вони також часто висловлюють жалість, каяття і усвідомлюють, що для потерпілого є важливим почути це. Правопорушники також відчують гостру потребу в тому, щоб вибачитись. У деяких випадках вони висловлюють потребу в тому, щоб потерпілі сприймали їх як нормальних людей, а не як злочинців.

Серед специфічних потреб правопорушників чи не найвагомішою є потреба нести відповідальність за свою поведінку. Ця потреба виникає загалом пізніше за інші та пов'язана з визнанням своєї провини й каяттям за вчинене [3, с. 55]. Проте для більшості людей відповідальність означає, що правопорушник має відчутти, пережити карні наслідки – часто позбавлення волі – чи то для залякування, чи то для покарання.

Це вкрай обмежене та абстрактне уявлення про відповідальність. Без внутрішнього зв'язку між дією та наслідком справжня відповідальність навряд чи можлива. Доки наслідки вирішуватимуться за злочинців, доти відповідальність не буде цілісною.

Справжня відповідальність включає можливість зрозуміти людські наслідки дій, поглянути та постати перед тим, що було зроблено та по відношенню до кого. Проте справжня відповідальність охоплює більше. Вона також включає в себе те, що злочинець бере на себе ще й відповідальність за наслідки своїх дій. Правопорушникам має бути дозволено брати участь у вирішенні, що слід робити, аби довести все до ладу, а потім вжити заходів для відшкодування збитків.

Таким чином, соціальний працівник повинен детально вивчати психологічні особливості неповнолітнього правопорушника для більш ефективної діяльності по впровадженню елементів пробації в соціальній роботі.

Список використаної літератури

- 1. Бринцев В. Д.** Законодавчі засади та організаційно-правові засади розбудови системи ювенальної юстиції в Україні : Збірник. Ювенальна юстиція в Україні: проблеми створення. Законодавча база, коментарії. Судова практика / В. Д. Бринцев. – Харків : Право, 2004.
- 2. Селецкий А. И.** Несовершеннолетние с отклоняющимся поведением / А. И. Селецкий, С. А. Тарарухин. – К. : «Вища школа», 1981. – 238 с.
- 3. Социальные отклонения.** Введение в общую теорию / В. Н. Кудрявцев, Ю. В. Кудрявцев, В. С. Нерсисянц – М. : Юрид. лит-ра, 1984. – 320 с.
- 4. Шнейдер Л. Б.** Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – М. : Академический Проект, 2005. – 336 с.

5. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : Учебн. пособ. / В. Д. Менделевич – М. : МЕДпресс, 2001. – 432 с.

Могильний Д. А. Психологічні особливості неповнолітніх правопорушників у контексті діяльності соціального працівника

У статті розкриваються основні психологічні особливості неповнолітніх правопорушників у контексті діяльності соціального працівника; виявлені типові психологічні труднощі дітей і підлітків з відхиленням у поведінці.

Ключові слова: неповнолітні правопорушники, девіантна поведінка, делінквентна поведінка, соціальна робота з неповнолітніми правопорушниками, служба пробації.

Могильный Д. А. Психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей в контексте деятельности социального работника

В статье раскрываются основные психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей в контексте деятельности социального работника; выявлены типичные психологические трудности детей и подростков с отклонениями в поведении.

Ключевые слова: несовершеннолетние правонарушители, девиантное поведение, делинквентное поведение, социальная работа с несовершеннолетними правонарушителями, служба пробации.

Mogilnyi D. Psychological features of minor offenders in the context of activity of social worker

In the article were described the basic psychological characteristics of juvenile offenders in the context of a social worker; were identified typical psychological problems of children and adolescents with behavioral problems.

Key words: juvenile offenders, deviant behavior, delinquent behavior, social work with juvenile offenders, probation service.

УДК [364.4:316.62]-053.6

О. С. Обухова

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Кожен вік гарний по своєму і в той же час, в кожному віці є свої особливості, є свої складності. Не виключенням є і підлітковий вік.

У сучасному суспільстві склалася негативна тенденція, коли про підлітків згадують, тільки якщо мова йде про правопорушення, злочинності та наркоманії. Це неприйнятно, так як підлітки – це майбутнє України. Сьогодні підлітки складають 30% населення, і саме

вони з часом займуть позиції як в економіці та політиці, так і у соціальній, духовній сферах суспільства.

Як правило, засоби масової інформації та педагоги воліють міркувати про проблеми у відносинах з підлітками, часто ігноруючи таку важливу деталь як становлення особистості підлітка і допомогу, якої він потребує в цей період. Щоб розвіяти цю тенденцію необхідно знати, з якими проблемами стикаються підлітки, і шукати шляхи їх вирішення.

Дана проблема досить повно відображена в роботах вітчизняних та зарубіжних авторів таких як: Н. Ф. Романова, О. М. Бакарієва, В. В. Безпалько, О. О. Яременко, Р. Е. Фішер, О. Б. Фурсов, К. С. Лисецький, М. А. Ковальчук та інші.

Мета даної статті є аналіз соціальних проблем підліткового віку.

Підліткові проблеми, що здаються не такими серйозними, можуть виявитися убивчими. Підлітки стикаються з брехнею, зрадою, емоційними травмами, інвалідністю та розлученням батьків. Деяким з перерахованих факторів підлітки піддаються кожен день. Не дивно, що із – за подібних ситуацій у підлітків складається низька самооцінка, вони кидають навчання, а деякі й зовсім виявляються не в силах впоратися з вчиненим тиском. Батькам варто звертати увагу на проблеми своїх дітей – підлітків в першу чергу.

У житті кожної дитини настає період, коли він вперше задається питанням: „Хто я? Чого я хочу від життя? Ким я хочу стати?“. Питання ростуть в геометричній прогресії, і в житті настає час пошуку відповідей. За короткий відрізок часу – з 11 до 16 років дитина робить величезний крок у розвитку і стає підлітком. У цей час кардинально змінюється не тільки психіка підлітка, але і його гормональний і фізичний стан. Підліток стає вразливим і без належної підтримки не в змозі впоратися зі становленням своєї особистості самостійно. Починається період внутрішніх конфліктів з самим собою, супутниками яких є часта зміна настрою, пошук нових друзів і захоплень, а також поява агресії. У цей період починаються проблеми підлітків з батьками. Причиною цього є такі внутрішні протиріччя дитини:

– підліток вважає себе дорослим, хоча ще залишається дитиною. Головне протиріччя тут криється у формулі: „я дорослий, тому іншим дорослим я не довіряю“;

– дитина відстоює своє право на роль унікальною і неповторною особистості, і тут же прагне „бути як всі“;

– підліток прагне належати до тієї чи іншої соціальної групи і бути її повноправним членом. Однак, підліткові групи – закриті і новачкам туди майже не потрапити. Звідси починає свій розвиток самотність підлітка і труднощі в спілкуванні з однолітками і соціальним оточенням [1, с. 21].

З цих протиріч виростають всі основні проблеми підлітків: сімейні, статеві, проблеми в поведінці і таке інше. Щоб зрозуміти, як

допомогти дитині з ними впоратися розглянемо найбільш поширені проблеми.

Більшість батьків, часто навіть не здогадуються, які у підлітків проблеми, адже їхні діти воліють замовчувати про свої труднощі і не довіряють потаємні думки навіть близьким людям. Звідси починаються проблеми підлітків в сім'ї. Складність у спілкуванні часто посилюється тим, що батьки не розуміють, що дитина виросла і спілкування з ним має проходити вже не на тому рівні, коли він був маленьким. Більшість проблем виникає саме через вікові дистанції. Батьки забувають, що колись вони були такими ж підлітками. Діти ж у відповідь поведуться зухвало, перестають поважати батьків, вважаючи, що вони відстали від життя і їхні смаки старомодні. У підсумку втрачається повага і взаєморозуміння.

На окремій сходинці стоять статеві проблеми підлітків. Підлітковий період – це час не тільки психологічного, а й гормонального дозрівання. Підлітки сприймають секс як свого роду експеримент, часто з почуття цікавості. Однак представники обох статей однаково цікавляться відносинами, в тому числі і сексуальними. І тут головне завдання батьків відчутти тонку грань між бажанням дитини любити і цікавістю викликаним статевим потягом. Навіть не знаючи намірів підлітка, краще забезпечити його і пояснити які наслідки можуть нести експерименти сексуального характеру. Наприклад, варто сказати, що безладні статеві відносини можуть заглушити потребу в любові і зробити підлітка нещасним на все життя [2, с. 23].

Наступною є проблема пияцтва в підлітковому віці має дуже важливе значення, оскільки саме по собі регулярне вживання спиртного в настільки вразливому віці вже є виключним. Не на останньому місці стоїть те, що зараз алкогольні напої коштують доступно. При такому ранньому початку вживання спиртного дуже високий ризик, що сформується алкоголізм, хвороба супроводжується вираженими психічними розладами і найчастіше набуває прискорене, а іноді і злякисний перебіг.

Соціальною проблемою є куріння. Однією з основних причин початку куріння, є цікавість. За даними опитування учнів старших класів, ПТУ і студентів молодших курсів інститутів, курити з цікавості почали до 25%. Багато дітей і підлітків курять, тому що це роблять їхні друзі. Через фільми та розважальні телепередачі куріння може виглядати гламурно і привабливо. Причиною куріння підлітків, особливо дівчаток, часто стає спроба контролювати свою вагу. Інша причина початку куріння у молодому віці – наслідування дорослим

На ряду з курінням розповсюджені й наркотики. Чому ж сьогодні так поширена наркоманія серед підлітків? У першу чергу, тому що підліток ще не сформувався як повноцінна особистість, він емоційно слабкий і надмірно цікавий. Крім того, підліткові хочеться швидше стати дорослим, відрізнятися від інших своїх однолітків і вирішувати проблеми

найлегшим способом. Але, в силу своєї незрілості підліток не розуміє, що шкідлива звичка не допомагає вирішувати звичайні життєві проблеми, а призводить до нових, більш серйозних. Такий прояв „дорослості“ , як наркоманія, стає згубним для юної людини.

У багатьох випадках наркоманія в підлітковому віці починається через особистісні проблеми, наприклад, відсутність радості життя. Якщо підліток не знаходить у своєму житті нічого хорошого, він не задоволений усім, що його оточує, він наважується спробувати смертельне зілля як рятівний засіб. Він бачить в наркотиках дорогу в світ насолод і радісного життя, він не розуміє, що вийти з цієї ілюзії дуже важко, а часом навіть неможливо.

Фахівці стверджують, що наркоманія у підлітків має найнебезпечнішу причину – задоволення. Вперше спробувавши підступний препарат, підліток відчуває надзвичайно приємні відчуття, які прагне отримати ще і ще. В результаті повторних прийомів наркотичної речовини з'являється залежність, причому, не тільки фізична, „ломка“ у відсутність дози, але і психічна – залежність від задоволення, принесеного наркотиком.

Часто причиною розвитку наркоманії у підлітка є його дружба з ровесниками, які мають досвід „наркоманського“ життя. Підлітку, що має труднощі у спілкуванні з рідними, здається, що друзі, наркомани, їх відмінно розуміють, і разом з наркотиками можуть замінити йому сім'ю і школу.

Специфіка підліткової наркоманії в тому, що причиною її розвитку може бути і зовсім протилежна ситуація. Підліток спілкується з дуже благополучною компанією друзів, але прагне бути в ній лідером. Для цього він починає демонструвати одноліткам свої різні здібності, серед яких виявляються куріння, вживання спиртного і наркотиків як ознаки „дорослості“ [3, с. 48 – 54].

Вживання наркотиків може призвести до проституції. Сьогодні проституцію, і в першу чергу підліткову, необхідно розглядати, насамперед, як найгострішу соціальну проблему, як один з видів соціальної патології, який виділяється за такими ознаками: віддача себе багатьом особам, віддача себе за винагороду, повна байдужість до особистості, що одержує сексуальні послуги.

Поведінка дітей, що займаються проституцією, принципово відрізняється від поведінки дорослих повій. До числа найбільш характерних відмінностей можна віднести наступні:

– неусвідомленість своїх вчинків. На відміну від дорослих повій, які працюють для отримання доходу, у підлітків в якості основних мотивів заняття проституцією виступають такі, як прагнення до самоствердження, цікавість, бажання виглядати дорослим;

– отримання оплати за свою працю в різних формах. Якщо дорослі повії винагороду за свою працю отримують, як правило, виключно в грошовому вираженні, з підлітками часто розраховуються

речами, косметикою, спиртними напоями, вечерею в ресторані, сигаретами та інше;

– продаж свого тіла в будь-якому місці, за бажанням статевого партнера. У той час, як дорослі повії зазвичай мають для надання сексуальних послуг певні умови (знімна постійна квартира, місця в готелях), підлітки займаються проституцією, як правило, на вокзалах, в салонах автомобілів, у підвалах, під'їздах;

– прийняття підлітком при наданні сексуальних послуг, великих доз алкоголю або наркотиків;

– підлітку нерідко ставиться в обов'язки пити зі своїм клієнтом, якомога більше і при цьому, обпоюють своїх клієнтів, особливо таких, яких можна пограбувати на крупну суму;

– заняття проституцією з вимушеною перервою, так як час від часу підлітки потрапляють, наприклад, у приймальники – розподільники, притулки, або примусово повертаються до батьків [4, с. 46].

Особливість проституції, полягає в тому, що це явище зумовлює взаємозв'язані з ним інші соціальні відхилення: алкоголізм, злочинність, аморальну поведінку, самогубство. Суїцидальна поведінка відображає різні форми деструктивної, особистісної активності, спрямованої на самогубство або замах на своє життя. Суїцидальна поведінка у підлітків, є однією з форм відхиленості і має певні відмінності від суїцидальної поведінки дорослих.

Найбільш типові мотиви суїцидальної поведінки у підлітків:

1. Переживання, образи, самотність, відчуження, неможливість бути зрозумілим.

2. Переживання, пов'язані зі смертю, розлученням.

3. Дієва чи уявна втрата батьківської любові, ревності.

4. Почуття провини, сорому, докорів сумління, образливе самолюбство, боязнь ганьби, глузувань.

5. Страх, покарання.

6. Любовні невдачі, вагітність у дівчаток.

7. Почуття помсти, злоби, протесту, загроза, попередження вимагання.

8. Бажання привернути увагу до своєї долі, викликати співчуття до себе, уникнути неприємних наслідків, піти від важкої ситуації.

9. Співчуття і наслідування товаришам, героям книг або кіно [5, с. 26].

Сьогодні підлітки є самою криміногенно – ураженою частиною населення. Серед неповнолітніх, як і серед дорослих, зустрічаються досить небезпечні типи злочинців.

Фактори злочинності неповнолітніх:

1. Незадовільні умови виховання дітей у сім'ї.

2. Недостатня допомога батькам у вихованні дітей з боку шкільних педагогів, психологів, фахівців МВС і певних служб. Зараз

зазначені функції поступово відновлюються, проте далеко не у всіх регіонах вдається зробити це на належному рівні.

3. Низький рівень виховної роботи в школах, невідповідність педагогічних кадрів до проведення ефективної виховної роботи з важкими дітьми, неадекватне стимулювання цієї діяльності.

4. Розпад сімей, що приводить до того, що щорічно залишається без одного з батьків велика кількість дітей. Цей процес посилюється зростанням ранньої смертності батьків, що тягне зростання сирітства.

5. Безробіття, зuboжіння сімей, нездатність батьків забезпечити дітей повноцінним харчуванням та одягом. Бідна сім'я практично втрачає здатність захищати дітей від негативних впливів навколишнього середовища, значною мірою вона сама стає криміногенним фактором.

6. Ті діти, які почали раннє трудове життя зазвичай виявляються відірваними від духовного життя, фізичної культури, спорту, здорового дозвілля і взагалі здорового способу життя. Через досить короткий термін вони практично втрачають здатність до духовного розвитку.

7. Руйнування мережі державних організацій, що забезпечують культурне дозвілля підлітків, яка була досить розвиненою в радянській час, комерціалізація в цій області зробили нормою життя багатьох підлітків безглузде проведення часу на вулицях, у під'їздах, на горищах і в підвалах. Все це виявляється добродійним ґрунтом для розвитку наркотизму, вживання спиртного, безладного статевого життя, звалтувань. Заняття в секціях боротьби замінюються груповими бійками [6].

Таким чином, проблеми в житті підлітка – явище неминуче. І тільки від зусиль батьків залежить шлях пошуків дитиною самої себе, близькі люди повинні допомогти їй в подоланні підліткових проблем. Як би не поведився підліток, перш ніж карати його, встаньте на його місце і постарайтеся зрозуміти як йому складно в цей період. Нехай не відразу, але дитина оцінить вашу підтримку і буде вам вдячна все життя.

Список використаної літератури

1. **Алемаскин М. Л.** Виховна робота з підлітками / М. Л. Алемаскин. – М. : Знання, 1979. – 42 с.
2. **Кочетов А. І.** Робота з важкими дітьми / А. І. Кочетов. – М. : Просвещение, 1986. – 160 с.
3. **Беличева С. А.** Спеціалізовані підліткові клуби як інститут ресоціалізації „важких” підлітків / С. А. Беличева // Психологічний журнал. – 1984. – № 6. – С. 48–54.
4. **Вікові та індивідуальні особливості молодших підлітків** / За ред. Д. Б. Ельконіна. – М. : Просвещение, 1967. – 360 с.
5. **Девіантна поведінка у дітей і підлітків** / Упоряд. Дмитрієва Т. М. – Нижній Новгород : МДПУ, 2000. – 26 с.
6. **Ярцев Д. В.** Особливості соціалізації сучасного підлітка / Д. В. Ярцев // Питання психології – 1999. – № 6. – С. 54–58.

Обухова О. С. Соціальні проблеми підліткового віку

У даній статті розглядаються наступні проблеми підлітків: сім'я, як причина підліткового неблагополуччя, дитячий алкоголізм, наркоманія, куріння, статеві проблеми, підліткова проституція, суїцидальна поведінка, злочинність неповнолітніх.

Ключові слова: сім'я, підлітки, соціальні проблеми, допомога.

Обухова Е. С. Социальные проблемы подросткового возраста

В данной статье рассматриваются следующие проблемы подростков: семья, как причина подросткового неблагополучия, детский алкоголизм, наркомания, курение, половые проблемы, подростковая проституция, суицидальное поведение, преступность несовершеннолетних.

Ключевые слова: семья, подростки, социальные проблемы, помощь.

Obukhova E. Social problems of adolescence

This article discusses the following issues adolescents: family, as the cause of teenage trouble, kids alcoholism, drug addiction, smoking, sexual problems, teenage prostitution, suicidal behavior, juvenile delinquency.

Key words: family, teens, problems, help.

УДК 364.692:615.2:615.015.6

Є. В. Романік

НАРКОМАНІЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Сучасні вчені і практичні лікарі отримали безліч доказів шкідливої дії наркотиків. Наукові факти диктують необхідність позбутися добросердного ставлення до прийому наркотичних речовин.

В Україні за останні 5 років показники поширеності смертності від наркоманії зросли майже в 2 рази. У 1999р. на обліку перебувало 91,5 тис. чоловік з них близько 70 000 хворих на наркоманію, 21 432 епізодично вживають наркотики. Реальна ця цифра споживачів наркотиків в 10-12 разів більша, зокрема у 1992р. на обліку перебувало 35 582 людини, які споживають наркотики. У 2003р. на обліку у Сумській області перебувало 908 чоловік; в Конотопському районі 0,9% наркоманів (70 чоловік на 100 000 населення), в Україні 173,9 на 100 000 населення (120 000 чоловік). Таким чином кількість офіційно зареєстрованих наркоманів зросла майже у 3 рази. А спеціальні дослідження свідчать, що реальна кількість споживачів наркотиків перевищила, 500 000 осіб. Тільки серед неповнолітніх цей показник зріс у 1,3 рази.

Виходячи з визначення, даного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, наркотиком варто вважати будь-яку речовину (яка має чи не має законного застосування в медицині), котра є предметом зловживання в інших цілях, крім медичних. Вживання наркотиків являється для теперішніх поколінь не меншою небезпекою, ніж епідемія чуми, яка спустошила в минулих століттях цілі країни.

За визначенням Є. Холостової, наркоманія – хворобливий психічний стан, який характеризується пристрастю до наркотиків (здебільшого нелегальною) наркотичною залежністю. Поведінка, яка проявляється в нав'язливому бажанні вживати наркотик постійно чи періодично для того, щоб відчувати його дію на психіку або не чути дискомфорту в зв'язку з його відсутністю, є основною ознакою наркоманії.

У вікіпедії дається таке визначення, наркоманія (від грецьких слів *narke* – заціпеніння, сон, і *mania* – божевілля, пристрасть, потяг) – група хвороб, що виникає внаслідок систематичного, у наростаючій кількості вживання речовин, які включені до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків (такий поділ передумовлений передовсім правовими, а не медичними чинниками, – адже з клінічних позицій наркоманії та токсикоманії патогенетично досить схожі). Проявами наркоманії є психічна і фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстиненції внаслідок припинення їх прийому. Це визначення буде робочим для нашого дослідження.

Головними причинами, що сприяють виникненню наркоманії, є причини психологічного, соціального і економічного характеру, які так тісно переплетені між собою, що їх важко розмежувати. До психологічних причин появи і поширення наркоманії насамперед потрібно віднести деякі особливості особистості, такі, як психічна нестійкість, слабовілля і наївність, які роблять людей жертвами різних наркотиків. Крім того, важливу роль грають і прагнення до самовираження і самоствердження, елементи наслідування, особливо характерне для дитяче-юнацького віку.

У чисто психологічному плані в основі потяга до наркотиків лежить мотивація явно хворобливого характеру: прагнення до зниження напруження і почуття тривоги, до втечі від проблем, пов'язаних з дійсністю. У багатьох випадках це поганий настрій, невпевненість в собі, особливо у психічно невірноважених підлітків, що приводять до вживання наркотиків, оскільки виникає ілюзорне почуття власної значущості. Повторне вживання наркотику приводить до закріплення звички до його прийому, а механізмом формування такої звички є умовний рефлекс [3, с. 58]. Відомо, що ця звичка дуже швидко опановує людиною, глибоко проникає в її суть, стає складовою частиною її характеру.

У людини в житті бувають важкі моменти, проблеми і прикрощі. Немало їх і у підлітків. Але люди, які упевненні у собі, що мають мету

знаходять раціональні шляхи для рішення цих проблем. Вони не мають потребу в тонізуючих засобах, а також в засобах, що викликають ілюзії, тимчасове помилкове задоволення. Оскільки їх життя і існування осмислене. Властива слабовільним і психічно неврівноваженим людям схильність до штучного підвищення настрою і працездатності, придбанню упевненості в собі виражається в прагненні знайти джерело натхнення в наркотиках, і в кінцевому результаті вони стають наркоманами. Вони усвідомлюють, яку згубну роль грають в житті їх „уявні друзі”, але не знаходять в собі сили самостійно вирватися з полону.

Частіше за все зусилля, направлені на те, щоб допомогти наркоману, бувають безплідними.. Багато і починають вживати наркотики під приводом : „Раз спробую, потім брошу! ”. Але вони не розуміють що легше ніколи не пробувати наркотики, ніж позбутися згубної пристрасті до них. Тому дуже важливо не потрапити в полон наркоманії [1, с. 107]. Особлива небезпека в цьому відношенні загрожує молоді, підростаючому поколінню і людям, професія яких пов'язана з доступом до наркотиків (фармацевтам, лікарям, хімікам, барменам, офіціантам та іншим.) До роботи, пов'язаної з використанням наркотиків, можуть бути допущені ті люди, які володіють сильною волею, урівноваженим характером і високорозвинений почуттям відповідальності. Тому треба при прийнятті на таку роботу проводити психологічні тести котрі будуть показувати психологічний стан людини, щоб уникнути небезпеки [5, с. 86].

Виникнення наркоманії пов'язане з помилковим, ейфоризуючим, „розслаблюючим” або „стимулюючим” ефектом, яким володіють наркотики, саме в цьому в наш час люди найбільше потребують. Відомо що багато людей, які займаються мистецтвом приймають наркотичні засоби, це допомагає їм знайти нові ідеї для свого мистецтва. Тому речовини, які не викликають ейфорії, не стають предметом зловживань і не викликають пристрасті до них. Встановлено, що, чим більшим ейфоричним ефектом володіє речовина, тим швидше розвивається звикання і пристрасть до нього, тому що людина більше в ньому потребує, і не може боротися зі своїми проблемами без наркотика. Звичайно, як всі захворювання, наркоманія залежить від фізичних і психічних захворювань даної людини, її морально-вольової і емоційної стійкості і це найважливіший фактор розвитку хвороби [4, с. 112].

Вирішальними умовами для розвитку наркоманії є відсутність спеціальних знань у людини і нерозуміння тієї величезної небезпеки, яку несе в собі вживання різних наркотиків, того, що навіть короткочасне вживання наркотика через цікавість, або як снотворний засіб може привести до наркотичної залежності. Небезпека потрапити в полон наркоманії особливо велика у невротиків, психопатів, людей, що не вміють володіти собою, своїми вчинками і бажаннями.

Чому наркоманія вважається проблемою і соціальною, і медичною? Суть наркоманії полягає в різко вираженому хворобливому потягу до одної або декількох наркотичних речовин, малі дози яких спричиняють відчуття помилкового психічного і тілесного задоволення. У великих дозах ці речовини спричиняють стан одурманення, сп'яніння, наркотичного сну або ефект обезболення. У останні роки поширення наркоманії у всьому світі приймає страхітливий розмах. На думку вченого Д. Федотова, в цей час в світі більше за 200 млн. людей, страждаючих наркоманією. Це ціла армія інвалідів в фізичному і моральному значенні слова, кількість яких перевищує число інвалідів другої світової війни[1, с. 206].

Одна з причин поширення наркоманії криється в швидкому збільшенні числа наркотичних речовин, розширення спектра яких відбувається завдяки появі нових стимулюючих, заспокійливих і інших засобів, що надають прямий вплив на психіку людини і отруйливу дію на її організм.

Щоб розібратися, в чому ж виражається хворобливий стан, виникаючий при вживанні наркотиків, необхідно зрозуміти, що являє собою фізична і психічна залежність наркоманів від наркотиків.

Психічна залежність – це хворобливе прагнення знову пережити чи відчувати певні відчуття, зміни настрою, що викликаються у наркоманів дією того або іншого наркотика: опію, алкоголю та інших. Психічна залежність виражається в явищах гострого психічного дискомфорту, душевного неблагополуччя, що розвиваються в період стриманості від вживання наркотиків (пригніченість, туга, внутрішня пустота, дратівливість, озлобленість та інше.) Саме із-за цього душевного дискомфорту багато і починають вживати наркотики, але люди не розуміють що наркотики допомагають лише на початку їх вживання, а потім буде лише гірше[1, с.97].

Фізична залежність зумовлюється особливим станом організму, його різкою перебудовою, розвиненою внаслідок систематичного прийому наркотиків. При цьому відсутність наркотика в організмі веде до появи у наркомана цілого ряду неприємних відчуттів, які зникають тільки при повторному прийомі цієї речовини. Особливо сильно виражена фізична залежність при таких видах наркоманії, як морфінізм, алкоголізм та інше. У жертв цього вигляду наркоманії постійна потреба в прийомі наркотика виражається не стільки в прагненні відчувати ейфорію, скільки в бажанні уникнути обтяжливого, згубного стану організму абстиненції. Цей стан включає різні порушення в нервовій і інших системах організму наркомана, виникаючі при різкій зупинці прийому наркотиків. Наскільки більш яскраво виражена психічна і фізична залежність наркомана від наркотика, настільки важкими бувають вияви абстиненції. Явища у фізичної залежності, пристрасті до наркотика і абстиненції виражені трохи слабше при кокаїнізмі, гашишизмі, хронічному нікотинізмі та іншому.

У тих випадках, коли приймають наркотик, що викликає відносно більш слабу фізичну залежність від нього, зловживання ним і наслідки його прийому зумовлюються в основному психологічними чинниками. Шляхом формування умовно рефлекторного механізму створюються відповідні звички, пов'язані з вживанням наркотика в певній обстановці і середі.

Наряду із звиканням психічного характеру до наркотика, при наркоманії з'являється і підвищена стійкість організму до дії наркотика, пов'язана з більш швидким знешкодженням його організмом. Коли доза наркотика, що приймається раніше не спричиняє появи у наркомана бажаного повторного психофізичного ефекту, він вимушений, внаслідок сформованої потреби, збільшити цю дозу.

Підвищена переносимість токсичних доз наркотика на деяких подальших стадіях захворювання може змінитися хворобливою непереносимістю. Поки наркоман приймає невеликі дози наркотика, не підвищуючи їх, тимчасове припинення прийому наркотика переноситься відносно добре і знаходиться в межах можливостей людини, залежить від сили волі, його характеру. На думку деяких авторів, в цих випадках, незважаючи на систематичний прийом наркотичних речовин, ще не можна говорити про появу у людини справжньої наркоманії, але так зване помірне регулярне використання різних стимулюючих, снотворних і наркотичних речовин дуже швидко і легко може перейти в наркоманію. Наркоманія будучи важким хворобливим станом і згубною звичкою, обов'язково приводить людину до психічної і фізичної деградації і в кінцевому результаті до смерті. Наркоманія виникає в тих випадках, коли наркотик стає для людини необхідним супутником її повсякденного життя, без вживання якого вона втрачає сон, апетит, не може нормально трудитися, у неї пропадає бажання спілкуватися з оточуючими, зникає хороший настрій, з'являються ознаки фізичної і психічної залежності від наркотика.

І все ж, в чому складається хворобливий вплив наркотика на організм? При постійному вживанні наркотиків виникає хронічне наркотичне отруєння, яке приводить до розладу функцій багатьох органів і систем організму, і особливо центральної нервової системи. Тому наркоманія, що характеризується хронічним отруєнням організму наркотиками, вважається і хронічним нервово-психічним захворюванням. Наслідки наркоманії різні, вони залежать від вигляду наркотика, що вживається, але особливо вони важкі при полінаркоманії (при комбінованому впливі на організм двох або більше наркотиків). Наркоманія поступово приводить до психічного розладу пов'язаного із звуженням кола інтересів, швидкою зміною настрою, зниженою працездатністю, погіршенням пам'яті і втратою почуття відповідальності. Наркоман починає брехати, красти, здійснювати все більш тяжкі злочини і поступово деградує як особистість.

Хронічне отруєння організму і зумовлений ним хронічний нервово-психічний розлад викликають в організмі наркомана серйозні зміни. Організм стає ослабленим, порушується обмін речовин, змінюються нормальні функції внутрішніх органів і таке інше. При спробах утриматися від вживання наркотика у наркомана з'являються різкі перепади настрою, виникають почуття страху, безсоння та інші порушення нормальної діяльності організму, характерне для абстиненції, що наступила. З течією часу наркоман стає непрацездатним, його стан навіть і при регулярному прийомі необхідних доз наркотика сильно гіршає і стає схожим з станом абстиненції. [4, с. 101].

Кожний з видів наркоманії викликає в організмі людини свої специфічні зміни, і скарги наркоманів на неприємні відчуття в цих випадках також мають суто специфічний характер. Ті, хто вживають кокаїн, спочатку скаржаться на сухість в роті, а з течією часу вони починають страждати через поразку печінки, нирок, легенів і серця. Пульс стає прискореним, неритмічним, з'являється мертвотна блідість особи, ніс синить, і смерть може наступити через параліч серця і дихання. Такою дорогою ціною можна заплатити за брехливі ілюзії, що отримуються від дії кокаїну і інших наркотичних речовин, такої, як марихуана, гашиш та інше. Звичайно, все залежить і від кількості наркотика, що вживається, і від загального стану тих, хто ковтає, курить або вдихає відповідний наркотик. Початківець може не випробувати очікуваного ефекту, а відчутти тільки неспокій, нудоту, і у нього може початися блювота. Досвідчений наркоман випробовує помилкове задоволення, але після припинення дії наркотика ним опановує почуття неспокою, його пробиває піт, він майже повністю втрачає працездатність. У морфіністів при цьому з'являється і тягар в шлунку. Абстинентний стан, що наступив, змушує наркомана знов приймати наркотик, причому в підвищеній дозі, щоб притупити неприємні відчуття, що з'явилися.

Прогноз розвитку наркоманії і можливості лікування від неї, звільнення наркоманів з її полону залежить від багатьох чинників, і передусім від природи наркотика, що використовується. Лікування при цьому буває важким і тривалим, воно проводиться в спеціальних закладах, в рідких випадках амбулаторно (для курильщиків, кофеїністів і для більшості алкоголіків). При проходженні курсу лікування вживання наркотика припиняють повністю і тільки в окремих рідких випадках це роблять поступово, протягом декількох днів зменшуючи дозування, поки повністю від нього не відмовляються.

Безперечно, в загальній характеристиці впливу наркотиків на організм на передній план вийде його дія на нервову систему і психічне здоров'я людини. Тому при лікуванні і особливо при профілактиці цього захворювання необхідно звертати особливу увагу на виховання морально-вольових якостей, психічної стійкості у людей, і особливо у представників молодого покоління. Поширенню наркоманії сприяють

неправильне виховання дітей, часом їх безрозсудна цікавість, проходження поганим прикладам, які їм подають старші, неблагополучна обстановка в сім'ї, школі, в колу однолітків, слабкий контроль за продажем і виробництвом наркотичних речовин, недостатня робота органів санітарної освіти.

У деяких випадках відсутність одного з батьків стає причиною зайвої опіки дитини з боку іншого, що робить надалі його безвідповідальним, що не визнає авторитету старших і т. д. В напружених ситуаціях ці та інші межі можуть стати причиною соціальної непристосованості особистості і обумовити виникнення наркоманічної поведінки. Це показує, що існує специфічна психологічна характеристика особистості, яка повертає до виникнення і розвитку наркоманії. Тяжка соціальна адаптація у подібних індивідуумів приводить їх до вживання наркотиків, за допомогою яких вони намагаються досягнути відчуття відповідності між своїми домаганнями і можливостями самовираження, реалізувати поставлені перед собою цілі і інше. Щоб підтримувати уявну рівновагу, необхідно знов і знов приймати наркотики, і так поступово створюється хибне коло: негативний емоційний стан – наркотик – поглиблення негативного емоційного стану – збільшені дози наркотика, або, інакше кажучи, виникнення наркоманії.

Всупереч міжнародній конвенції про боротьбу з наркоманією і заходам покарання, передбаченій законодавством багатьох держав, в деяких капіталістичних країнах існує широка мережа міжнародної контрабанди наркотиками, яка охоплює майже 90% опіуму, що проводиться у всьому світі. Основний шлях опійно-морфінової контрабанди проходить з країн Середнього Сходу через Балканський півострів в Західну Європу і Америку. Переробка опіуму в героїн виготовляється в нелегальних лабораторіях, розташованих в Італії, Швейцарії, Франції і в країнах Близького Сходу. У Східній Азії є і інший нелегальний шлях поширення наркотиків: з Таїланду через Бангкок і Гонконг в Сінгапур і Тайвань для переробки сировини, а готовий продукт в Японію, Філіппіни і Австралію. Незважаючи на координовані зусилля Міжнародної поліції (Інтерполу) і місцевої влади, тільки мала частина нелегально виготовлених наркотиків, і наркотиків що транспортуються нелегально, вилучаються контролюючими органами.

Так яким чином ведеться боротьба з наркоманією в світі? Ця боротьба раніше носила характер релігійної заборони: зберігається вона в цьому вигляді і в цей час у деяких арабських народів відносно спиртних напоїв. У старовині використання наркотиків в невеликих кількостях носило характер священнодійства і допускалося тільки при здійсненні релігійних обрядів і ритуалів.

Кожний мудрий державний діяч і розумна людина в наш час відмінно розуміють, що наркоманія завдає шкоди не тільки наркоману і

його близьким, але і всьому суспільству загалом. Наркоман сам себе виключає з активної діяльності, деградує як особистість і перетворюється в психічного і фізичного інваліда, а також в тягар на плечах своєї сім'ї і суспільства. Його інтереси різко обмежені і зводяться до пошуку чергової порції наркотика. Тим що наркоман споживає протизаконні речовини, він входить в серйозний конфлікт з суспільством і власним організмом.

Боротьба з виробництвом, поширенням і продажем наркотиків особливо активно проводиться в Європейських та азіатських країнах, де турбота про людину основний закон. Болгарія розташована на перехресті шляхів, що йдуть з сходу на захід, з країн, що є самими великими виробниками наркотиків, в країні споживачі цієї отрути. Митні власті Болгарії не раз виявляли великі тайники з контрабандними наркотиками і таким чином перешкоджали поширенню цієї отрути. Міжнародні угоди передбачають притягнення до самої суворой карної відповідальності осіб, винних в поширенні наркотиків або залученні нових осіб в коло наркоманів. Заходи, що застосовуються у відносини людей, страждаючих наркоманією, носять медичний і адміністративний характер: їх відправляють на примусове лікування в стаціонари, признають обмежено дієздатними і оформляють опікунство (нагляд) над ними з боку інших осіб, а також визначають і заходи покарання для них при здійсненні ними карних злочинів.

Відповідно до міжнародних угод про боротьбу з поширенням наркотиків встановлюється спеціальний контроль над виробництвом і поширенням наркотиків, передбачаються заходи боротьби з контрабандою опіуму, кокаїну, морфію та інше. У 1948 р. був встановлений міжнародний контроль і над новітніми синтетичними наркотиками. При ООН створені постійний Комітет по опіуму і Комісія з наркотичних засобів для здійснення загального контролю над міжнародною торгівлею, виробництвом і поширенням наркотиків у всьому світі. Укладені міжнародні угоди, які передбачають застосування спільних заходів проти незаконного обороту наркотиків, а також заходів профілактики наркоманії. Заходи по боротьбі з наркоманією повинні засновуватися на поглибленому аналізі причин, що породили це явище. Законодавства по боротьбі з наркоманією в більшості країн направлені на ліквідацію нелегальної торгівлі наркотиками. У різних країнах передбачаються дуже суворі покарання: в США від 5 до 20 років тюремного ув'язнення, в Мексиці 5 років, в Індії 4 роки, в Туреччині довічне ув'язнення або смертний вирок. У Ірані створений спеціальний суд для розслідування подібного роду злочинної діяльності. Майже у всіх країнах забороняється реклама наркотиків, а також обмежується їх виробництво і поширення.

Подібні покарання передбачені і у разі порушення правил зберігання, видачі, обліку і транспортування наркотиків. Без спеціального дозволу забороняється сіяти мак і коноплі. Безперечно,

профілактика морфіноманії, так само як і інших видів наркоманії, вимагає створення сприятливих економічних, соціальних і культурно-побутових умов життя.

Зловживання наркотичними засобами, незаконна торгівля ними останнім часом у багатьох розвинених країнах світу досягла катастрофічних розмірів. Офіційна преса США, Німеччини, Франції, Англії, Швеції майже щодня повідомляють про смерть своїх громадян, яка настала внаслідок зловживання наркотичними і психотропними речовинами. Наркоманія захопила в багатьох країнах навіть підлітків.

Поряд з уже всесвітньо відомими наркотичними препаратами за останніх 10 років у багатьох країнах збільшилася число наркоманів, які вживають так звані психотропні наркотики. У цьому відношенні найнебезпечнішими виявилися фенаміни і галюциногени, що є на відміну інших психотропних препаратів, медичними і є винятковою небезпекою для людини.

У міжнародному антинаркотичному центрі у Нью-Йорку назвали приблизну кількість наркоманів на земній кулі, цифра виявилася жахливою: мільярд наркоманів. При цьому не можна не згадати, що в наші дні торгівля наркотиками стала однією із найстрашніших форм експлуатації людини людиною, одним із найстрашніших злочинів проти людства.

Вживання наркотика, як правило, заняття анонімне, відбувається в інтимному колі. Наркоманом можна стати вже після того, як вперше спробуєш наркотичний „кайф”. Наркотики – це хімічні агенти, які можуть викликати ступор, кому або нечутливість до болю. В медичному розумінні наркотик – це психоактивна речовина, яка викликає залежність, призводить до вживання в небезпечних для здоров'я дозах і може викликати несприятливі соціальні наслідки.

Всі без винятку психотропи викликають зміни вищої нервової діяльності, знижуючи пізнавальні функції та емоційні реакції, які є найціннішими для молодого організму людини. Вживання наркотиків призводить до запаморочення, погіршення пам'яті, втрати свідомості, при особливих обставинах може наступити смерть.

Ознаки наркомана: блідий, нездоровий вигляд, сонливість, втрата ваги, підвищена чутливість до болю, головокружіння, тиск у скронях, нежить, подразнюючий кашель, позіхання, шлунково-кишкові розлади, надмірне вживання солодошів, різке розширення або звуження зіниць, почервоніння очей, свербіння, надмірне потовиділення, „гусяча шкіра”, тремтіння, гнійні нариви на кінцівках, жовтяниця.

Поведінка наркомана характеризується помітним сповільненням мови, частою брехнею, неврівноваженим характером, сильним зниженням працездатності, постійним носінням одягу з довгим рукавом (приховування місць ін'єкцій). Втім має вигляд п'яного без вживання алкоголю, і при цьому – вигляд отупіння.

Наркотики мають наркотичну і токсичну дію. Наркотична дія виявляється в тому, що вони роблять людину психічно а потім фізично-залежною. Токсична дія виявляється в отруйливих властивостях наркотиків. Однак хода наркоманії не чутна, а сліди її спочатку не помітні.

Наркоманія – це важка хвороба психіки і всього організму, яка без лікування веде до деградації особистості, повної інвалідизації і передчасної смерті. Однак до цього захворювання, на відміну від інших, людина себе призводить сама, стаючи заложником с власної дурості й необережності.

По-перше, численні дослідження дії лікарських засобів свідчать про те, що на одні й ті ж самі дози здорові люди реагують інакше, ніж хворі. Дію медичного препарату розраховано лише на організм у стані хвороби, тому, що прийом ліків хворою людиною веде до її одужання, а здоровою – до отруєння організму і порушення його функцій.

По-друге, наркотичні препарати не можна приймати зрідка і потроху оскільки це в корені суперечить їх природі. Ейфорична дія багатьох медичних препаратів часто настає лише в разі перевищення терапевтичної дози або порушення способу їх уведення. Необхідно назавжди запам'ятати, що найбільша небезпека полягає саме в першому прийому наркотику.

Отже, крах, до якого приходять наркоман, невідворотний. Цей крах – плата за відступництво від нормального способу життя, за те, що він переступив етичні та моральні правила і норми, вироблені людством у процесі розвитку.

Список використаної літератури

- 1. Грибан В. Г.** Валеологія : Навч. посіб. для студ. ВНЗ. / В. Г. Грибан – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 251 с.
- 2. Колесов Д. В.** Еволюція психіки и природа наркотизма: монографія. / Д. В. Колесов – М. : Педагогика, 1991. – 310 с.
- 3. Коробкина З. В.** У опасной черты: О борьбе с алкоголизмом, наркоманией, курением. / З. В. Коробкина – М. : Мысль, 1991. – 218 с.
- 4. Левин Б. М.** Наркомания и наркоманы : Кн. для учителя. / Б. М. Левин – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.
- 5. Профілактика наркоманій у дитячому, підлітковому та молодіжному середовищі :** Довідник для соціальних працівників, вчителів, шкільних психологів, батьків. – К. : Держсоцслужба, 2005. – 297 с.

Романік Є. В. Наркоманія як соціальна проблема

У статті дається визначення наркоманії як соціальної проблеми, визначаються характерні ознаки наркомана, аналізується міжнародний досвід боротьби з наркоманією.

Ключові слова: наркоманія, профілактика наркоманії, психотропні речовини, фізична залежність, психічна залежність.

Романик Е. В. Наркомания как социальная проблема

В статье дается определение наркомании социальной проблемы, определяя характерные признаки наркомана, анализируется международный опыт борьбы с наркоманией.

Ключевые слова: наркомания, профилактика наркомании, психотропные вещества, физическая зависимость, психическая зависимость.

Romanik E. Narcomania as a social problem

The article defines addiction as a social problem is defined characteristic signs addict analyzes international experience in combating drug addiction.

Key words: addiction, prevention of drug abuse, psychotropic substances, physical dependence, psychological dependence.

УДК 364 : 316. 624. 2 – 053. 6

А. О. Федулова

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВІВ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Соціальні кризові процеси, що відбуваються в сучасному українському суспільстві, негативно впливають на психологію людей, породжують тривожність і напруженість, озлобленість, жорстокість і насильство. Важкий економічний стан країни привів наше суспільство до серйозних труднощів і внутрішніх конфліктів, до значного збільшення рівня поширеності й різноманіття форм аморальних вчинків, злочинності та інших видів поведінки, що відхиляється від норми. Вихід сильних емоцій пов'язують з агресією. Найбільшу схильність до агресії проявляють діти та підлітки, що підтверджується фіксацією збільшення рівня дитячої злочинності, конфліктів та фактів агресивної поведінки [7, с. 9]. Спостерігається зростання кількості неповнолітніх з девіантною поведінкою, яка виявляється в асоціальних діях (алкоголізм, наркоманія, порушення громадського порядку, хуліганство, вандалізм та інше). Посилюється демонстративна, по відношенню до дорослих, поведінка. В крайніх формах виявляється жорстокість і агресивність. З'являються нові види девіантної поведінки: підлітки беруть участь у воєнізованих формуваннях політичних організацій екстремістів, у рекеті, займаються проституцією і сутенерством тощо.

Слово агресія походить від латинського „aggressio”, що означає „нападати”. До початку ХІХ століття агресивною вважали будь-яку активну поведінку, як доброзичливу, так і ворожу. Пізніше, значення цього слова змінилося. Під агресією стали розуміти ворожу поведінку відносно оточуючих людей. Словник практичного психолога дає таке

визначення агресії: „агресія – це індивідуальна, або колективна поведінка, або дія, спрямована на спричинення фізичної або психологічної шкоди або навіть знищення іншої людини або групи. Готовність до агресивної поведінки розглядається як стала особистісна риса – агресивність” [4, с. 7].

Проблема підліткової агресії та агресивної поведінки досліджується зарубіжними та вітчизняними науковцями. Детальний аналіз сутності агресії, її видів (у тому числі і підліткової) надано у роботах таких науковців: А. Бандури, Л. Берковитц, Р. Берона, Д. Річардсона, Е. Фромма, А. Реана, І. Фурманова, А. Басса, А. Дарки; Є. Зеер, О. Змановської, І. Кириленко, О. Кокшарової, Л. Тарасової, Т. Левкової, А. Калашникової, Н. Веліханової, С. Завражина, І. Зіміної, М. А. Нікітіна, Н. Платонової, М. Плоткіна, С. Сироткіна, В. Целуйко та інших.

Зростання агресивних тенденцій у підлітковому середовищі відображає одну з найгостріших соціальних проблем нашого суспільства. Підлітковий вік – небезпечний і разом з цим більш уразливий до негативного впливу. Таким чином, питання соціальної роботи з підлітками агресивної поведінки є одним із актуальних та важливих напрямів роботи сьогодні, а для того щоб обрати найефективніші технології роботи зі схильними до агресії підлітками соціальному працівникові потрібно розбиратися у характеристиці видів та проявів агресивної поведінки, оскільки специфіка роботи з клієнтом багато у чому буде залежить саме від того виду агресії, який виявляє людина.

Тому метою нашої статті є теоретичне обґрунтування існуючих видів, форм, класифікацій агресивної поведінки та типів поведінки дітей, які схильні до проявів агресії.

В науковій літературі з психології, психопатології, соціології, педагогіки, соціальної педагогіки і соціальної роботи існує безліч класифікацій типів агресивної поведінки в основу яких покладені такі ознаки як вікові особливості підлітків; індивідуальні типологічні і характерологічні риси особистості, форми прояву агресії тощо. Розглянемо деякі з них.

На думку багатьох науковців, агресивні прояви можна поділити:

1) *За спрямованістю*: агресія, спрямована назовні; аутоагресія – спрямована на себе; 2) *За ціллю*: інтелектуальна агресія; ворожа агресія; 3) *За способами виразу*: фізична агресія; вербальна агресія; 4) *За ступенем прояву*: пряма агресія; непряма агресія; 5) *За наявністю ініціативи*: ініціативна агресія; оборонна агресія.

Одна з найбільш поширених класифікацій запропонована такими авторами, як А. Басс і А. Дарки. Вони виділили п'ять видів агресії [8, с. 80]:

1. **Фізична агресія** – використання фізичної сили проти іншої особи (бійки, поштовхи, підніжки тощо);

2. **Вербальна агресія** – вираз негативних почуттів як через форму, так і через зміст словесних відповідей:

- численні відсічі;
- негативні відгуки і критичні зауваження;
- вираз негативних емоцій, наприклад, невдоволення іншими у формі лайки, прихованої образи, недовіри, люті і ненависті, коли ці висловлювання не служать для простого опису емоційного стану;
- висловлювання думок і бажань агресивного змісту („Я більше всього хотів би його вбити”, або „Можливо, з ним коли-небудь це і станеться”) або у формі прокляття;
- образи;
- загрози, примус або вимоги виконати що-небудь;
- закиди і звинувачення. Крім того і простий крик – без формулювання мовного вираження – часто носить агресивний характер.

3. **Непряма агресія** – дії, спрямовані обхідним шляхом на іншу особу, хоч якось пов’язані з кривдником (наприклад, коли несправедливо покараний вчителем школяр б’є вчительського улюбленця), або ні на кого не спрямовані (кидання предметів на підлогу, удари кулаком по столу, тупання ногами);

4. **Роздратування** (запальність, грубість);

5. **Негативізм** – опозиційна форма поведінки, спрямована зазвичай проти авторитету або керівництва; ця поведінка може наростати від пасивного опору (часто впертість, „бойкот”) до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів (страйки, мітинги та інші прояви „громадянської непокори”).

Говорячи про види агресії, Е. Фромм виділяє „доброякісну” і „злоякісну” агресивність.

1. Агресія „**доброякісна**” (наполегливість, напористість, спортивна злість, мужність, сміливість, хоробрість, відвага, воля, амбіції). Вона сприяє підтримці життя і є реакцією на загрозу біологічним (вітальним) потребам.

2. Агресія „**злоякісна**” (насильство, жорстокість, нахабство, хамство, зло). Така агресія не є біологічно адаптивною і вона не покликана захищати вітальні інтереси людини [6, с. 46].

О. Хухлаєва, беручи за основу стиль поведінки у конфлікті, виділяє наступні види агресивності [9, с. 17]:

1. **Захисна**. Виникає тоді, коли за наявності у дитини активної позиції закріплюється страх перед навколишнім світом. Основна функція агресії в цьому випадку – захист від зовнішнього світу, який представляється дитині небезпечним.

2. **Деструктивна**. Якщо у дитини в ранньому віці відсутні автономність, здатність до самостійних виборів, суджень, оцінок, то в активному варіанті у нього з’являється деструктивна агресивність.

3. **Демонстративна.** Виникає не як захист від зовнішнього світу і не заподіяння шкоди кому-небудь, а як бажання дитини звернути на себе увагу.

Р. Берон та Д. Річардсон *по спрямованості на об'єкт* виділяють *зовнішню* (гетероагресію, екстрапунітивну) і *внутрішню* (аутоагресію, інтрапунітивну) агресію.

Гетероагресія характеризується відкритим проявом агресії на адресу конкретних осіб (пряма агресія) або „зміщенням” її на безособові обставини, предмети або соціальне оточення (зміщена агресія). Наприклад, підліток накидається з кулаками на свого кривдника або „зриває злість” на оточуючих, знущається над тваринами, псує речі кривдника тощо.

Аутоагресія характеризується виразом звинувачень або вимог адресованих самому собі. Підліток мучиться „докорами сумління”, займається самозвинуваченням, а іноді самокатуванням (гризе нігті, кусає, дряпає, б'є себе по голові і т. д.) [3, с. 124].

Фурманов І. зазначає, що *за способом вираження існують довільна і мимовільна агресія.*

Довільна агресія виникає з бажання, наміру перешкодити, нашкодити комусь, обійтися з кимось несправедливо, кого-небудь образити. Наприклад, підліток, який не хоче, щоб батьки заходили до його кімнати, висловлює їм своє невдоволення в досить грубій формі. Сюди ж відноситься і виношування планів помсти за нанесену образу, вичікування зручного моменту для нанесення „удару”.

Мимовільна агресія являє собою нецілеспрямований, швидко зупиняючийся вибух гніву або люті, коли дія невідконтрольного суб'єкту протікає по типу афекту. Найбільш ілюстративним в даному випадку може бути психомоторне збудження, коли підліток кидає в кривдника все, що підвернеться під руку, всіх ображає [7, с. 223].

За кінцевою метою виділяють конструктивну (інструментальну) і неконструктивну (ворожу, деструктивну) агресію.

Про *конструктивну агресію* говорять у тих випадках, коли дії мають позитивну орієнтацію і направлені на досягнення мети нейтрального характеру, а агресія використовується при цьому лише в якості засобу (тут розглядають індивідуальну інструментальну – корисливу і безкорисливу, а також соціально вмотивовану інструментальну – асоціальну і просоціальну агресію).

Неконструктивна агресивність – ознака або кримінальної, або психопатологічної поведінки. У випадках *неконструктивної агресії* в діях простежуються прагнення до насильства, а їх метою є нанесення шкоди іншій людині. Більшість злочинів проти життя, честі, гідності, прав і майна інших людей можна віднести до цієї категорії агресії.

Різниця цих форм вираження агресії полягає у намірах, що передують прояву агресивності. При конструктивній агресії злий, злочинний умисел завдати кому-небудь з оточуючих шкоду відсутній,

тоді як при неконструктивній, деструктивній агресії він виступає як підстава для вибору саме даного способу взаємодії з людьми. У першому випадку агресивність людини визначається його усвідомленим деструктивним ставленням до реальності і оточуючих його людей, опозиційною стратегією і тактикою взаємодії з дійсністю, яка розцінюється як ворожа. У другому – вона обумовлена психопатологічними симптомами і синдромами, які найчастіше зачіпають сферу сприйняття, мислення, свідомості і волі людини.

Також Фурманов І. у своїх дослідженнях визначив, що прояви агресивності простежуються в поведінці трьох категорій дітей, які мають порушення в механізмах моральної регуляції:

1) Діти підліткового віку, які не мають власних стійких моральних принципів, етичних стандартів поведінки і моральних обмежень щодо прояву агресивної поведінки, у них фактично відсутні внутрішні регулятори поведінки.

2) Діти підліткового віку, які мають конфліктні взаємовідносини між внутрішніми та зовнішніми регуляторами поведінки, зокрема вони відрізняються не сформованістю моральних норм та необхідністю підпорядковуватися вимогам оточуючих. Єдиним фактором, який стримує їх агресивність – це страх покарання (високе почуття провини). Таким чином, їм властивий постійний конфлікт між совістю та почуттям провини, який призводить до посилення емоційних станів.

3) Діти (частіше юнацького віку), більш зрілі в моральному плані, їм властивий конфлікт між власними нормами поведінки і надмірно завищеними морально-етичними стандартами оточуючих, вони слідуєть не стільки власним моральним нормам поведінки, скільки вимогам оточуючих. В даному випадку необхідність „жити за чужими законами” стимулює виникнення та посилює негативні емоційні стани, погіршує соціальну адаптацію особи [8, с. 184].

Таким чином, відсутність сформованих внутрішніх моральних оціночних критеріїв, неадекватність (завищення/заниження) вимог оточуючих до морального розвитку дитини призводять до виникнення агресії у різних формах її прояву.

На думку О. Змановської *агресивна поведінка може мати різні (за ступенем виразності) форми:*

- *ситуативні агресивні реакції* (у формі короткострокової реакції на конкретну ситуацію);
- *пасивна агресивна поведінка* (у формі бездіяльності або відмови від чого-небудь); *активне агресивна поведінка* (у формі руйнівних або насильницьких дій).

У змістовному плані провідними ознаками агресивної поведінки можна вважати такі його прояви, як:

- виражене прагнення до домінування над людьми і використанню їх у своїх цілях;

- тенденцію до руйнування ;
- спрямованість на заподіяння шкоди оточуючим людям ;
- схильність до насильства (завдання болю) [5, с. 147].

Узагальнюючи всі перераховані ознаки, можна говорити про те, що агресивна поведінка особистості передбачає будь-які дії з вираженим мотивом домінування. Така агресивно-асоціальна поведінка неодмінно включає *насильство* – вербальні або фізичні дії, які завдають болю. Вона, як правило, протікає на тлі негативних емоцій агресора (злість, лютя, садистське задоволення, байдужість) і в свою чергу викликає негативні переживання жертви (страх, приниження). Ця поведінка направляє агресивними мотивами – зруйнувати, усунути, використовувати, нашкодити. Найчастіше агресія розглядається дослідниками як одна з форм реагування людини на різні у фізичному і психологічному відношенні життєві ситуації, що викликають стрес, фрустрацію та інші стани людини. Агресивна поведінка, спрямована проти оточуючих, часто приводить „агресора” до зіткнення із законом і характеризується, з юридичної точки зору як правопорушення (антисоціальна поведінка).

Таким чином, можна зробити висновок, що агресія (поряд з любов'ю) присутня в найрізноманітніших формах людського існування і поведінки. Всі основні види деструктивної поведінки підлітка, тієї що відхиляється від норм, безумовно, можна розглядати як поведінку руйнівну за своєю суттю, яка розрізняється лише за формою і спрямованістю агресивних дій – зовні (на інших) або всередину (на себе).

Список використаної літератури

1. Бандура А. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений / А. Бандура, Р. Уолтерс. – М. : Апрель Пресс, ЭКСМО Пресс, 1999. – 512 с. **2. Берковиц Л.** Агрессия : причины, последствия и контроль / Л. Берковиц – СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. – 512 с. **3. Бэрон Р.** Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб. : Питер, 2001. – 352 с. **4. Головин С. Ю.** Словарь практического психолога / Сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1998. – 567 с. **5. Змановская Е. В.** Девиантология. Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – М. : Академия, 2004. – 228 с. **6. Фромм Э.** Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – Минск : ООО «Попурри», 1999. – 623 с. **7. Фурманов И. А.** Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И. А. Фурманов. – СПб. : Речь, 2007. – 479 с. **8. Фурманов И. А.** Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция / И. А. Фурманов. – Минск : Ильин В. П., 1996. – 192 с. **9. Хухлаева О. В.** Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников / О. В. Хухлаева. – М. : Академия, 2003. – 275 с.

Федулова А. О. Характеристика проявів агресивної поведінки у підлітковому середовищі

В статті розкривається поняття „агресії” та надана її характеристика за спрямованістю, за ціллю, за способами виразу, за ступенем прояву та наявністю ініціативи. Представлена класифікація найпоширеніших в науковій літературі типологій агресивної поведінки до якої можуть бути схильні підлітки, зокрема ті, які надають А. Басс та А. Дарки; Е. Фромм; Р. Берон та Д. Річардсон; І. А. Фурманов та О. В. Змановська. Охарактеризовані три типи поведінки дітей, які схильні до проявів агресії.

Ключові слова: агресія, агресивність, агресивна поведінка.

Федулова А. А. Характеристика проявлений агрессивного поведения в подростковой среде

В статье раскрывается понятие „агрессии” и представлена ее характеристика по направленности, по цели, по способам выражения, по степени проявления и по наличию инициативы. Описана классификация наиболее распространенных в научной литературе типологий агрессивного поведения, к которому могут быть склонны подростки, в частности те, которые предоставляют А. Басс и А. Дарки; Э. Фромм; Р. Бэрн и Д. Ричардсон; И. А. Фурманов и Е. В. Змановская. Охарактеризованы три типа поведения детей, которые склонны к проявлению агрессии.

Ключевые слова: агрессия, агрессивность, агрессивное поведение.

Fedulova A. Characteristic manifestations of aggressive behavior among teenagers

In the article the term „aggression” and given its characteristics in focus, with the aim, by means of expression, and the degree of manifestation of the presence of the initiative. Submitted classification common in the scientific literature typologies of aggressive behavior which may be prone adolescents, including those that provide A. Bass and A. Daria, Erich Fromm, R. Baron and D. Richardson, I. Furmanov, O. Zmanovska. Author examined three types of behavior in children who are prone to displays of aggression.

Key words: aggression, aggressive, violent behavior.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ-СИРОТАМИ

УДК 364. 4 – 053. 2 – 058. 862

А. В. Акіншева

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ЗАХИСТ ДІТЕЙ-СИРИТ ТА ДІТЕЙ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ, ЧЕРЕЗ УТРИМАННЯ В ДЕРЖАВНИХ ЗАКЛАДАХ ІНТЕРНАТНОГО ТИПУ

Сьогодні, ставлення до дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, на всіх рівнях суттєво змінилося. Слід також відзначити, що протягом цього періоду удосконалювалася нормативно-правова база забезпечення прав та інтересів дітей. Загальна оцінка щодо забезпечення соціального-правового захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, свідчить, що реалізацію в країні певних заходів, які здійснювалися як на державному рівні, так й з ініціатив громадських організацій у цьому напрямку, має позитивну динаміку. Серед найвагоміших чинників цього процесу можна виділити наступні:

§ прийняття низки законодавчих актів, що визначають права дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, зокрема на житло та майно;

§ поновлення й розвиток структур, які покликані забезпечити захист прав дітей;

§ пошук механізмів захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, взаємодії зацікавлених відомств щодо попередження, виявлення певних порушень, поновлення прав сиріт, на місцевих рівнях;

§ розроблення методичних рекомендацій щодо діяльності державних органів з питань захисту інтересів дітей;

§ активізація діяльності громадських, у тому числі й міжнародних організацій;

§ посилення уваги громадськості до комплексного вирішення проблем у сфері дитинства.

Питання виховання і захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, завжди є і будуть актуальними. Стабільність держави, її економічний розвиток значною мірою залежать від фізичного та духовного розвитку дітей, ставлення держави до проблем дітей, їх інтересів та потреб. Вкладаючи ресурси в дитинство, держава зміцнює майбутні продуктивні сили, забезпечує стабільність, готує майбутніх активних громадян, здатних взяти на себе управління державними і суспільними справами [5, с. 4].

Аналіз наукової літератури свідчить, що різним аспектам соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування приділяють увагу все більше сучасних науковців. Зокрема сирітство, як соціальне явище вивчають О. Безпалько, Л. Волинець, І. Іванова, А. Капська, О. Карпенко та ін.

Розвитку та становленню в Україні сімейних форм влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування як гарантії їх права на сімейне виховання приділяють увагу Г. Бевз, В. Кузьмінський, О. Нескучаєва, Г. Лактіонова, Ж. Петрочко, Н. Комарова, І. Пеша та ін. Медико-психологічні аспекти адаптації дітей-сиріт у прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу висвітлюються в працях Ю. Александровського, Г. Балла, С. Ганжа, І. Заваденко, І. Мамайчука, І. Маслової, Б. Смирнова та ін. Питанням соціальної і соціально-психологічної адаптації особистості присвячені роботи В. Бойко, О. Венгера, І. Дубровіної, Т. Землянухиної, В. Коган, М. Лісіної, Є. Морозової та ін..

В Україні ще тільки розпочався процес реформування державної системи піклування дітьми-сиротами і дітьми, позбавленими батьківського піклування в основі якого лежить пріоритетність сімейних форм влаштування дітей-сиріт, через що досі переважна кількість цих дітей виховується в інтернатних закладах. Тому **метою** нашої **статті** є теоретичне обґрунтування державної системи опіки та соціально-правового захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування через утримання в інтернатних закладах.

Відповідно до частини третьої статті 52 Конституції України утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, покладається на державу [3].

Згідно зі статтею 1 Закону України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” державне утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування □ це повне забезпечення відповідно до державних соціальних стандартів матеріальними та грошовими ресурсами дитини для задоволення її життєво необхідних потреб та створення умов для нормальної життєдіяльності [1, с. 3].

Держава здійснює повне забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Допомога та утримання таких дітей не можуть бути нижчими за встановлені мінімальні стандарти, що забезпечують кожній дитині рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального та соціального розвитку на рівні, не нижчому за встановлений прожитковий мінімум для таких осіб. Державні соціальні стандарти для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, встановлюються незалежно від того, де така дитина перебуває на утриманні й вихованні, у сім'ї чи в інтернатному закладі [1, с. 4].

Відповідно до статті 4 Закону „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” заходи соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, гарантуються, забезпечуються й охороняються державою.

Закон України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” (стаття 1) дає таке тлумачення терміна „дитина-сирота” та „дитина, позбавлена батьківського піклування”, що є основою для визначення соціально-правового статусу дитини: *дитина-сирота* – дитина, в якій померли чи загинули батьки; *діти, позбавлені батьківського піклування*, □ діти, які залишилися без піклування батьків у зв’язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням їх померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов’язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов’язки, а також підкинуті діти, батьки яких невідомі, діти, від яких відмовилися батьки, та безпритульні діти. Підстави позбавлення батьківських прав визначені Сімейним кодексом України. Право на звернення до суду з позовом про позбавлення батьківських прав мають один з батьків, опікун, піклувальник, особа, в сім’ї якої проживає дитина, заклад охорони здоров’я, навчальний або інший дитячий заклад, в якому вона перебуває, орган опіки та піклування, прокурор, а також сама дитина, яка досягла чотирнадцяти років [1, с. 5].

Статус дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, □ визначене відповідно до законодавства становище дитини, яке надає їй право на повне державне забезпечення і отримання передбачених законодавством пільг та яке підтверджується комплектом документів, що засвідчують обставини, через які дитина не має батьківського піклування. Статус дитини, позбавленої батьківського піклування, визначається не лише на підставі рішення суду про позбавлення батьків батьківських прав. Підставою до набуття дитиною такого статусу може стати недієздатність батьків, тимчасове перебування у місцях позбавлення волі, неналежне виконання батьками своїх батьківських обов’язків, алкогольна та наркотична залежність батьків тощо [1, с. 6].

Таким чином надання дитині статусу дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, гарантує їй відповідний соціально-правовий захист згідно з законодавчо визнаними нормами.

Соціально-правовий захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, серед усіх гарантій передбачає їх утримання і в інтернатних закладах, якщо немає можливості виховувати таку дитину у

рідній родині або влаштувати її до альтернативних форм сімейного виховання (приймних сімей, дитячих будинків сімейного типу тощо). Сьогодні інтернатні заклади функціонують на підставі Положення про навчально-виховні заклади для дітей-сиріт і дітей, які залишались без піклування батьків, затвердженого Наказом Міністра освіти України від 13 травня 1993 року за № 137 [3, с. 8].

Система закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, сформувалася в Україні в 50-ті роки минулого століття, її діяльність спрямована на задоволення життєвих та освітніх потреб дітей-вихованців за умов повного утримання їх за рахунок держави. До державної системи соціально-виховних інституцій для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, відносяться: будинки дитини, дитячі будинки, загальноосвітні й спеціалізовані школи-інтернати, які функціонують у системі Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки та Міністерства праці та соціальної політики [3].

За офіційними даними державної служби статистики України загальна кількість шкіл-інтернатів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування у 2011 році складала 72 установи в яких виховувалося 9369 дітей; у 2012 році їх кількість складала 64 установи, а кількість дітей, які були в них на утриманні – 7933 особи. Крім цього кількість дитячих будинків в системі Міністерства освіти і науки України складала у 2011 році 107 установ, де на вихованні знаходилося 4332 дитини, а у 2012 році їх кількість становила 84 установи, відповідно дітей в них налічувалося 3458. Кількість будинків дитини в системі МОЗ у 2011 році становила 48 установ, у яких на вихованні було 3507 дітей, а у 2012 році – 45 будинків де на утриманні знаходилось 3200 дітей. Кількість будинків-інтернатів у системі Міністерства соціальної політики становила у 2011 і у 2012 роках 55 установ, відповідно кількість дітей у цих закладах у 2011 році – 6888 осіб, а у 2012 – 6799 дітей-сиріт. Кількість притулків для дітей у 2011 році – 87 установ, у 2012 році – 66, відповідно кількість дітей, які перебували в них у 2011 році – 11107 осіб, у 2012 – 7298 [2, с. 19-20].

Для утримання дітей віком від народження до 3-4-х років функціонують *будинки дитини*, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України. Працівники будинку дитини забезпечують збереження життя дітей, які залишилися без батьківської опіки, прищеплюють їм навички, характерні для дітей трьох-чотирьох років, здійснюють їх навчання, виховання.

Будинки дитини забезпечують медико-соціальне обслуговування дітей, які залишилися без піклування батьків, і дітей з вадами фізичного та розумового розвитку, які тимчасово перебувають у будинку дитини за заявою батьків. У закладах дітям гарантовано медико-соціальний догляд, зокрема щоденне медичне спостереження педіатра (а в разі погребі – інших спеціалістів); проведення двічі на рік поглиблених медичних

оглядів, планових профілактичних та оздоровчих заходів; лікування дітей, корекція й реабілітація дітей з вадами фізичного і психічного розвитку; реабілітацію відповідно до стану здоров'я; проведення педагогічно-виховних заходів. Передбачається забезпечення вихованців одягом, взуттям, м'яким інвентарем, раціональним харчуванням [3, с. 11].

Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у системі закладів охорони здоров'я спрямований на забезпечення здоров'я, надання медичної допомоги та забезпечення перебування у лікувально-профілактичних закладах і будинках дитини. Проте залишається й стає дедалі актуальнішим питання удосконалення існуючої системи утримання цієї категорії дітей з пріоритетною орієнтацією на сімейні форми виховання.

Діти, яким виповнюється три-чотири роки і які не були до цього часу усиновлені, проходять медико-педагогічну комісію, яка дає висновок щодо стану їх здоров'я та психічного розвитку. Діти, які не мають серйозних відхилень у розвитку, переводяться до *дитячих будинків*, які підпорядковуються Міністерству освіти і науки України. Діти, у яких при досягненні 4-річного віку визначається інвалідність, переводяться до будинків-інтернатів системи Міністерства праці та соціальної політики [3, с. 12].

Переважає більшість дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, перебувають у закладах системи освіти. Інтернатна система утримання і виховання дітей-сиріт при всіх її недоліках продовжує займати чільне місце в системі державної опіки та захисту прав дітей-сиріт за рахунок своєї розгалуженості, чіткої регламентованої діяльності та зручності в частині процедури термінового влаштування дітей.

Державна система опіки над дітьми-сиротами і дітьми, позбавленими батьківського піклування, передбачає як мінімум два переходи дитини з одного закладу до іншого. Кожний такий перехід із закладу в заклад травмує психіку дитини, оскільки вона відривається від оточення, до якого звикла, вихователів, друзів і потрапляє в нову, незвичну обстановку. Особливо складно відбувається перехід у 7 років, коли діти потрапляють із дитячих будинків до великих шкіл-інтернатів, де панують власні порядки і взаємини між вихователями та вихованцями, між старшими та молодшими дітьми. Тому перспективним напрямом є розвиток закладів, які забезпечують улаштування дитини до досягнення нею повноліття [3, с. 13].

На підставі Положення про навчально-виховні заклади для дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, в Україні функціонують *дитячі будинки змішаного типу*, підпорядковані Міністерству освіти і науки України, у яких можуть виховуватися діти дошкільного та шкільного віку (від 3-х до 16-17-ти років). Дитячі будинки змішаного типу мають ряд переваг у плані виховання таких

дітей. У них дитина виховується досить тривалий час і звикає до встановленого режиму життєдіяльності, дорослих, які її обслуговують. Дитина не переживає психічного стресу, як це буває у випадку, коли її у 7 років з дошкільної установи переводять до школи-інтернату [3].

У разі, коли діти мають патологію в розвитку, вони направляються до *дитячих будинків-інтернатів* для дітей з вадами розвитку, які підпорядковані Міністерству праці та соціальної політики України.

З метою забезпечення соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають у складних життєвих умовах і потребують тимчасового влаштування й соціально-психологічної реабілітації, в Україні діє мережа закладів тимчасового перебування таких дітей: *притулки служб у справах неповнолітніх, центри соціально-психологічної реабілітації, соціальні гуртожитки*.

Головними причинами влаштування дітей до притулків стали бродяжництво і бездоглядність, конфлікти в сім'ях, невиконання батьками їхніх батьківських обов'язків.

Особлива категорія вихованців притулків □ діти-сироти і діти, які залишилися без батьківського піклування.

З метою надання дітям від 3 до 18 років, які опинилися в складних життєвих обставинах, комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги, створюються центри соціально-психологічної реабілітації дітей. Діяльність центрів здійснюється відповідно до Типового положення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28.01.2004 р. № 87.

До центру приймаються діти, які перебувають у складних життєвих обставинах, переведені з притулків для неповнолітніх, залишилися поза сімейним оточенням, зазнали насильства і потребують соціально-психологічної допомоги [3, с. 14-15].

Таким чином, розглянувши та проаналізувавши існуючу у сучасній Україні систему державних інтернатних закладів для виховання і утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, ми дійшли висновку, що вона залишається основною формою влаштування цих дітей. Інтернатні заклади гарантують їм виконання покладеного на державу обов'язку щодо соціально-правового захисту даної категорії дітей. Ці установи добре виконують покладені на них завдання через надання дітям повного забезпечення відповідно до державних соціальних стандартів матеріальними та грошовими ресурсами для задоволення їх життєво необхідних потреб та створення умов для нормальної життєдіяльності, але, незважаючи на це, сімейне виховання все одно залишається пріоритетом у соціальній політиці стосовно дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, оскільки сім'ю не може замінити навіть найкраща державна установа.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13 січня 2005 р. № 2342-ІУ // Збірник поточного законодавства, нормативних актів, арбітражної та судової практики. – 2005. – №6. – С. 3–11. **2. Захист** дітей, які потребують особливої уваги суспільства : статистичний збірник Державної служби статистики України / від. за випуск І. В. Качалова. – К. : – 2013. – 78 с. **3. Комарова Н. М.** Посібник для соціальних працівників щодо підготовки та соціального супроводу прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу : (У 2-х кн.) / Н. М. Комарова, І. В. Пеша. – К. : Держсоцслужба, 2006. – Кн. 1. – 118 с. **4. Система** соціально-психологічного супроводження дітей-сирот в інтернатном установі : [метод, посіб. / под ред. Н. М. Іовчук]. – М. : Издат. центр „Реалтэк”, 2003. – 211 с. **5. Соціально-правовий** захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у діяльності соціальних служб: [навчально-методичний посібник] / Л. Ц. Ваховський, О. П. Песоцька, В. П. Лосєв, І. В. Єрьоменко, К. В. Ігнатенко. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка », 2011. – 144 с.

Акіншева А. В. Соціально-правовий захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування через утримання в державних закладах інтернатного типу

В статті розкрито сучасний стан державної системи соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, яка представлена низкою інтернатних закладів у системі Міністерства освіти і науки України, у системі Міністерства охорони здоров'я та у системі Міністерства праці та соціальної політики. Наведені останні статистичні дані щодо кількості інтернатних установ в Україні та чисельності дітей, які перебувають там на утриманні, змістовно охарактеризована специфіка їх діяльності.

Ключові слова: дитина-сирота; дитина, позбавлена батьківського піклування, статус дитини-сироти та дитини-позбавленої, батьківського піклування; школа-інтернат; будинок дитини; дитячий будинок; притулок для дітей.

Акиншева А. В. Социально - правовая защита детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, через содержание в государственных учреждениях интернатного типа

В статье раскрыто современное состояние государственной системы социальной защиты детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, которая представлена рядом интернатных учреждений в системе Министерства образования и науки Украины, в системе Министерства здравоохранения и в системе Министерства труда и социальной политики. Приведены последние статистические данные по количеству интернатных учреждений в Украине и численности детей,

находящихся там на содержании, содержательно охарактеризована специфика их деятельности.

Ключевые слова: ребенок-сирота; ребенок, лишенный родительской опеки; статус ребенка-сироты и ребенка, лишенного родительской опеки; школа-интернат; дом ребенка; детский дом; приют для детей.

Akinsheva A. Social and Legal Protection of orphans and children deprived of parental care through the maintenance of public residential care

In the article the current state of public social protection of orphans and children deprived of parental care, which is represented by a number of boarding schools by the Ministry of Education and Science of Ukraine, the Ministry of Health and the Ministry of Labour and Social Policy. These latest statistics on the number of residential institutions in Ukraine and the number of children who are out there on hold, richly characterized the specificity of their activity.

Key words: orphan child, children deprived of parental care, the status of orphans and child deprived of parental care, boarding school, orphanage, children's home, a shelter for children.

УДК 37.018.3:316.362-058.862

Р. В. Глушко

Сімейні форми влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, як пріоритетний напрям державної політики в Україні

На сьогоднішній день в Україні в умовах економічної кризи, політичної і соціальної нестабільності, радикальної соціально-культурної трансформації постає проблема щодо необхідності розробки нових форм утримання та виховання дітей, які перебувають у особливо складних і дискомфортних умовах. Перш за все це стосується дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Кожній дитині потрібно надати можливість повністю реалізувати свій потенціал.

Дитина, позбавлена батьківського піклування, – це дитина, яка залишилася без піклування батьків у зв'язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням батьків померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження,

тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки, а також підкинута дитина, дитина, батьки яких невідомі, дитина, від якої відмовились батьки, та безпритульні діти [1].

В останні десять років в нашій державі вдвічі збільшилася кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Переважна більшість цих дітей влаштовані в інтернатні заклади. Вихованці інтернатних закладів відрізняються від дітей, які виховуються в сім'ях, станом здоров'я, розвитком інтелекту й особистості в цілому, що підтверджено спеціальними психологічними дослідженнями І. М. Дубровіної, М. І. Лисіни, А. М. Прихожан. Дитина в державних закладах отримує комплекс освітніх, медичних, соціальних послуг, але спостерігаються значні відхилення у процесі її соціалізації, які проявляються у відсутності навичок самостійного життя, невмінні самостійно будувати стосунки у сім'ї та відкритому колективі. Питання соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, досліджуються науковцями Г. Бевз, А. Капська, В. Кузьминський, С. Мещерякова, О. Нескучасва, І. Пеша, І. Трубавіна, Н. Комарова та ін.

Вивчення проблем влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, довело, що сімейне виховання, безперечно, виступає пріоритетною формою в Україні.

Роль сім'ї для дитини надзвичайно важлива. Батьки дають дітям життя, відповідають за догляд і виховання, беруть на себе фінансову відповідальність, мають юридичні повноваження, у тому числі на право прийняття важливих рішень від імені дітей. Батьки допомагають відчутти взаємне тепло й любов, передають дітям досвід поколінь, життєві цінності та духовність, виховують дітей, задовольняють щоденні потреби, надають зразки для наслідування, поступово прищеплюють соціальні й побутові навички, необхідні у самостійному житті. Усі ці потреби життєво важливі для кожної дитини, якого б віку вона не була.

Діти повинні зростати в сім'ях рідних батьків, але коли це неможливо, альтернативою біологічній родині може слугувати інша сім'я.

Мета статті – дати характеристику сучасним формам сімейного влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування як пріоритетного напряму державної політики в Україні.

В Україні існує чотири форми сімейного влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. За їх пріоритетністю перелік такий – усиновлення, опіка (піклування), прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу.

Прийомна сім'я – це сім'я або особа, що не перебуває в шлюбі, яка добровільно взяла із закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, від 1 до 4 дітей на виховання та спільне проживання [1]. Порядок прийому дітей в сім'ю встановлено Положенням про прийомну сім'ю, затвердженим постановою Кабінету

Міністрів України від 26 квітня 2002 року № 565. Ті, хто взяли дітей у прийомну сім'ю, є прийомними батьками, а влаштовані в сім'ю діти – прийомними дітьми. Прийомні батьки – подружжя або окрема особа, яка не перебуває у шлюбі, які взяли на виховання та спільне проживання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. Усиновлена дитина приймається в сім'ю на правах біологічної дитини з усіма правовими наслідками, в прийомну сім'ю – до досягнення ними повноліття (18 років), а у разі продовження навчання – до 23 років або до закінчення ними відповідного навчального закладу. Тобто, сімейних правовідносин між прийомними батьками і прийомними дітьми не виникає. За прийомними дітьми зберігається статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування. Це передбачає збереження за дитиною раніше призначених аліментів, пенсій та інших державних виплат. Суми коштів, що належать прийомним дітям, переходять у розпорядження прийомних батьків і витрачаються ними на утримання прийомних дітей відповідно до механізму єдиного фінансового забезпечення „гроші ходять за дитиною”.

Усиновлення (або удочеріння) – влаштування у сім'ях дітей, які залишилися без піклування рідних батьків. Усиновленням є прийняття усиновлювачем у свою сім'ю особи на правах дочки чи сина, що здійснене на підставі рішення суду, крім випадку, передбаченого статтею 282 Сімейного Кодексу України

Піклування – влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, в сім'ї громадян України, які перебувають переважно в сімейних, родинних відносинах із цими дітьми з метою забезпечення їх виховання, освіти, розвитку, захисту їх прав та інтересів (глава 19 Сімейного кодексу України).

Опіка встановлюється над дітьми, які не досягли чотирнадцяти років, а піклування – над дітьми віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років.

Над дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування, опіка, піклування встановлюється органами опіки та піклування або судом.

Відповідно до статті 11 Закону України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” (від 13 січня 2005 року № 2342-IV) органами опіки та піклування є державні адміністрації районів, районів міст Києва і Севастополя, виконавчі органи міських чи районних у містах, сільських, селищних рад.

Опікуни, піклувальники є законними представниками інтересів дитини без спеціальних на те повноважень, несуть відповідальність за життя, здоров'я, фізичний і психічний розвиток дитини, яка знаходиться під їх опікою, піклуванням.

Опікуни, піклувальники зобов'язані виховувати дитину, піклуватися про її здоров'я, фізичний, психічний, духовний розвиток,

забезпечити одержання дитиною повної загальної середньої освіти, двічі на рік здійснювати повне медичне обстеження підопічного.

Згідно з сімейним законодавством України усиновлення допускається у відношенні неповнолітніх дітей – і тільки (виключно) в їхніх інтересах. При влаштуванні дитини враховуються етнічне походження, релігійна й культурна приналежність, рідна мова, можливість забезпечення наступності у вихованні та освіті.

Усиновлення братів та сестер різними особами не допускається, за винятком випадків, коли усиновлення відповідає інтересам дітей.

Дитячий будинок сімейного типу – окрема сім'я, що створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Загальна кількість дітей у дитячому будинку сімейного типу не повинна перевищувати 10 осіб, враховуючи рідних дітей.

Порядок створення дитячих будинків сімейного типу та влаштування в них дітей регулюється Постановою Кабінету Міністрів України № 564 від 26 квітня 2002 року „Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу”.

Рішення про створення дитячого будинку сімейного типу приймається районною, районною у м. Києві та Севастополі держадміністрацією, виконавчим комітетом міської ради (міст республіканського значення АР Крим і міст обласного значення) на підставі заяви осіб або особи, які виявили бажання створити такий будинок, з урахуванням результатів навчання, подання відповідного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і висновку служби у справах дітей про наявність умов для його створення.

Сімейні форми влаштування забезпечують соціальний захист, захист майнових та житлових прав дитини, догляд, виховання, корекцію та компенсацію розвитку, вирішення медичних проблем, подолання психологічних травм, задоволення щоденних потреб дитини, яка залишилася без піклування батьків, дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківської опіки, формування її особистості в умовах сімейного піклування, тому в Україні одним з пріоритетних напрямів захисту прав цих дітей є робота по розвитку інституту прийомної сім'ї [3].

Під час перебування дитини у прийомній сім'ї держава не тільки фінансує, а й контролює утримання і виховання дитини, надає допомогу у її розвитку, соціалізації, організовує соціальний супровід сім'ї та дитини.

Зважаючи на актуальність проблеми виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених піклування, урядом України визнана доцільність функціонування прийомних сімей, як сімейних форм опіки, необхідність висвітлення як теоретичних, так і практичних аспектів технології створення та організації соціального супроводу прийомних сімей.

Соціальний супровід – це діяльність спеціаліста (або групи спеціалістів), спрямована на створення необхідних соціально – психологічних умов розвитку прийомних дітей і дітей – вихованців у прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу. Основний принцип роботи індивідуальний підхід до кожної дитини, кожної сім'ї з урахуванням особливостей і специфічних потреб.

Соціальний супровід прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу здійснюється спеціалістами центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) й передбачає надання комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, та інформаційних послуг, спрямованих на створення належних умов функціонування дитячого будинку сімейного типу.

ЦСССДМ здійснюють соціальний супровід прийомних сімей і дитячий будинок сімейного типу від моменту їх утворення. Така форма соціальної роботи виступає, з одного боку, як контроль за умовами виховання й утримання, з другого боку – як система дієвої допомоги у вирішенні життєвих проблем сімей, які виховують дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Положення про дитячий будинок сімейного типу та прийомну сім'ю передбачено контроль за умовами проживання вихованців і прийомних дітей. Функції контролю покладено на органи опіки та піклування та службу у справах дітей.

Механізм створення контролю передбачає підготовку службою у справах дітей щорічного звіту про стан виховання, утримання й розвитку дитини в дитячому будинку сімейного типу або в прийомній сім'ї. Звіт готується на підставі інформації, що надається соціальним працівником, який здійснює соціальний супровід, вихователем дитячого садка або класним керівником школи, де навчається дитина, дільничним лікарем – педіатром, дільничним інспектором місцевого відділу міліції. Прийомні батьки та батьки – вихователі обов'язково ознайомлюються зі складеним звітом, що затверджується начальником служби у справах дітей неповнолітніх.

Інформація, надана особами, які безпосередньо спілкуються з дитиною і сім'єю, формує неупереджено оцінку щодо умов проживання та виховання дитини. Спостереження кожного року за змінами, що відбуваються в розвитку вихованця, дозволить прийомним батькам і соціальним працівникам коригувати план роботи, надати необхідну допомогу сім'ї у вирішенні нагальних проблем. З іншого боку, така інформація спрямована на захист дитини від недбалого ставлення прийомних батьків та батьків – вихователів, що може стати причиною розірвання угоди про виховання дитини [6].

Підставою припинення соціального супроводу позбавлення сім'ї юридичного статусу прийомної або дитячого будинку сімейного типу, зафіксоване рішенням місцевого органу виконавчої влади, або вибуття

дитини із сім'ї. За результатами здійснення соціального супроводу прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу готується звіт про підсумки соціального супроводу, що містить визначення причин завершення соціальної роботи з сім'єю.

Припинення соціального супроводу прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу фіксується наказом директора ЦСССДМ з обґрунтуванням підстав.

У разі, коли прийомні батьки, батьки-вихователі неналежним чином виконують свої обов'язки відповідно до угоди, договору про передачу дитини на виховання або відмовляються від співробітництва з соціальним працівником, директор центру має право, без попереднього погодження з батьками, провести соціальне інспектування прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу.

У випадку підтвердження фактів неналежного виконання прийомними батьками або батьками-вихователями обов'язків стосовно дітей і відсутності відповідного реагування на виправлення ситуації, якщо виникає загроза життю та здоров'ю дитини, соціальний працівник негайно інформує про це службу у справах неповнолітніх і здійснює заходи щодо захисту прав дитини. Спеціалісти служби у справах неповнолітніх та соціальний працівник забезпечують необхідні заходи щодо захисту прав дитини, незалежно від того прийомна вона чи рідна. Результатом є вилучення дитини із прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу, притягнення батьків до кримінальної або адміністративної відповідальності, скасування рішення про створення прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу.

Здійснення захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, - складна, відповідальна, а іноді й небезпечна справа. Однак, компетентне виконання своєї справи спеціалістами ЦСССДМ, небайдуже ставлення до кожного випадку, бажання допомогти дітям, яким більше нема на кого сподіватись, - це є суттєвим внеском та фундаментом їх подальшої долі, вісь, що дозволяє реалізовувати соціальну політику нашої держави по відношенню до дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування [2].

Таким чином, дітям, які не мають можливості виховуватися в біологічній родині, держава законодавчо гарантує право на сімейне виховання шляхом розвитку сімейних форм їх влаштування.

Розвиток мережі прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу визначено одним із пріоритетних напрямів державної політики стосовно соціального захисту дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Сьогодні альтернативним формам сімейного влаштування дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування приділяється особлива увага на місцевому рівні.

Таким чином, удосконалення державної системи влаштування дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, її

ефективність залежать від практичної реалізації визначених завдань, здійснення на місцевому рівні відповідних заходів та програм, усвідомлення державними службовцями пріоритетів соціальної політики держави, специфіки сімейних форм влаштування дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, використання сучасних технологій роботи з сім'ями, які виховують дитину – сироту.

Список використаної літератури

1. Бевз Г. М. Дитина в прийомній сім'ї : нотатки психолога / Г. М. Бевз, І. В. Пеша – К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2001. – 101 с.
2. Комарова Н. Посібник для прийомних батьків та батьків – вихователів / Н. Комарова – К. : Держсоцслужба, 2006. – 104 с.
3. Приймна сім'я : методика створення та соціального супроводу : науково-методичний посібник / Г. Бевз, В. Кузьминський та ін. – К. : Центр стратегічної підтримки, 2005. – 95 с.
4. Приймна сім'я : оцінка ефективності опіки (методичні рекомендації для соціальних працівників) / О. О. Яременко, Н. М. Комарова, Г. М. Бевз, Л. С. Волинець та ін. – К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 78 с.
5. Приймні сім'ї для дітей-сиріт з функціональними обмеженнями / О. О. Яременко. – К. : Український інститут соціальних досліджень, 2001. – 120 с.
6. Соціально-правовий захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у діяльності соціальних служб: [навчально – методичний посібник] / Л. Ц. Ваховський, О. П. Песоцька, В. П. Лосєв, І. В. Єрьоменко, К. В. Ігнатенко – Луганськ : «Елтон-2», 2011. – 144 с.
7. Методичні рекомендації для соціальних працівників, державних службовців щодо розвитку сімейних форм виховання / Н. М. Комарова, І. В. Пеша – К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2006. – 92 с.

Глушко Р. В. Сімейні форми влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, як пріоритетний напрям державної політики в Україні

У статті представлені теоретичні основи та практичні аспекти реалізації соціально – правового захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, розглянуті організація і особливості впровадження різних форм їхнього сімейного виховання. Вона містить досвід роботи соціальних служб із захисту прав дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Матеріал розрахований на прийомних батьків і батьків-вихователів, а також буде корисним усиновителям, опікунам та піклувальникам, усім тим, хто займається проблемою розвитку і реалізації сучасних альтернативних форм сімейного виховання цих дітей.

Ключові слова: сім'я, діти-сироти, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу.

Глушко Г. В. Семейные формы устройства детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в качестве приоритетного направления государственной политики в Украине

В статье представлены теоретические основы и практические аспекты реализации социально-правовой защиты детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, рассмотрены организация и особенности внедрения различных форм их семейного воспитания. Она содержит опыт работы социальных служб по защите прав детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Материал рассчитан на приемных родителей и родителей-воспитателей, а также будет полезен усыновителям, опекунам и попечителям, всем тем, кто занимается проблемой развития и реализации современных альтернативных форм семейного воспитания этих детей.

Ключевые слова: семья, дети-сироты, приемная семья, детский дом семейного типа.

Glushko R. Domestic forms of device of children-orphans and children, deprived paternal guardianship, as priority direction of public policy in Ukraine

In a study paper presents the theoretical foundations and practical aspects of socio - legal protection of children - orphans and children deprived of parental care, organization and implementation of various forms of family education of children - orphans and children deprived of parental care, scientific article describes the experience of social services on social - legal protection of children - orphans and children deprived of parental care.

Research paper is designed to foster parents and parents - educators, and will be useful adoptive parents and guardians, to anyone interested in the fate of children in the country. Research paper may also be of interest to specialists who are involved in child protection issues through their placement in family forms, and policies that shape social policy.

Key words: family, orphans, foster families, family-type orphanage.

УДК 347.63-053.2-058.862

Я. С. Сьомкіна

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ДІТЕЙ-СИРИТ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Водночас із праслов'янських часів термін „сирота” вживають зі значеннями, що є відомими на сучасному етапі: дитина, підліток, які втратили батька й матір або одного з них. „Помер отець, мати – сирота навіки” – співають у народній пісні.

Ширший зміст вкладає в термін „сирота” В. І. Даль, знімаючи у визначенні вікові обмеження: „Сирота – у кого немає батька або матері,

або немає обох, це кругла сирота”. Це „взагалі безпомічний, самотній безпритульний бідняк, у цьому значенні й старі люди називають себе сиротами, і так само називають убогих та жебраків” Подібний же зміст терміна наведено у „Великому тлумачному словнику сучасної української мови”, де подано таке значення слова „сирота”: людина, що залишилась без рідних, близьких; одинока, самотня людина „образно” у порівнянні бідна, нещасна людина, бідолаха[1].

Особливості психологічного розвитку дітей, які залишились без батьківського піклування, знайшли своє відображення в працях вітчизняних та зарубіжних учених, зокрема Н. П. Краснової, М. І. Буянова, А. І. Кравченко, І. В. Дубровіної, А. Д. Андреевої, А. Ш. Шахматової, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстих, С. Ю. Мещерякової, М. І. Лісіної, К. Д. Ушинського, І. В. Єжов, Дж. Боулбі, К. Флейк-Хобсона, А. Адлера, А. Фрейд, Р. Шпиц та ін.

Мета даної статті є визначення поняття дітей – сиріт у науковій літературі.

На сьогодні поняття втрати батьків дитиною розглядають ширше: з одного боку, традиційно, як смерть батьків, та, з іншого – як зумовлена різними причинами відсутність піклування над дітьми з боку батьків. За цим принципом розрізняють дітей – сиріт та дітей, які позбавлені батьківського піклування. У Законі України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001р. наведено таке визначення: „дитина-сирота – дитина, в якій померли чи загинули батьки”. У науковій літературі вживають також синонімічні до поняття „діти – сироти” терміни, зокрема „прямі сироти” (В. Курбатов) та „біологічні сироти” (В. Оржеховська, В.Виноградова-Бондаренко) (авторський колектив енциклопедичного словника із соціальної роботи, „фізичні сироти” [2, с. 291].

Поряд з поняттям „діти – сироти” Закон України „Про охорону дитинства” виділяє та обґрунтовує зміст поняття „діти, позбавлені батьківського піклування” – діти, які залишилися без піклування батьків у зв’язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісти відсутніми або недієздатними, оголошенням їх померлими. Історично втрату батьків дитиною пов’язували лише з їх смертю. Характерною рисою для українського народу було й те, що до складу сиріт зараховували дітей, які втратили одного з батьків.[1, с. 129]

Отже, усі перераховані вище групи дітей осиротіли, маючи живих батьків. Для визначення саме такої категорії дітей у науковій літературі використано термін „соціальні сироти”, який активно вживають у світовій науці з 50-х рр. ХХ ст., в Україні – з кінця 80-х рр. відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов’язаним з ухилянням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов’язки, а також підкинуті діти, діти,

батьки яких невідомі, діти, від яких відмовились батьки, та безпритульні діти. Таким чином, усі перераховані вище групи дітей осиротіли, маючи живих батьків. Для визначення саме такої категорії дітей у науковій літературі використано термін „соціальні сироти”, який активно вживають у світовій науці з 50–х рр. ХХ ст., в Україні – з кінця 80–х рр.

Статус дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, – визначене відповідно до законодавства становище дитини, що надає їй право на повне державне забезпечення й отримання передбачених законодавством пільг і яке підтверджене комплектом документів, що засвідчують обставини, через які дитина не має батьківського піклування.

За останні п’ять років в Україні визначилася стійка тенденція до щорічного збільшення кількості дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

За офіційною статистикою на 1 січня 2004 року в Україні загальна кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, складала 96112 осіб. Слід зазначити, що це число лише приблизно відображає реалії життя, оскільки безпритульні діти, діти – жебраки, діти, що перебувають у диспансерах і т. ін., не враховані у цій цифрі. Дослідження ЮНІСЕФ, проведене у 2001 році, виявило, що у порівнянні з 1995 роком кількість біологічних і соціальних сиріт збільшилась у 1,5 рази. Родичі піклуються приблизно про 66 492 біологічних та соціальних сиріт. Інші (невсиновлені чи без опіки/піклування), через недостатню поширеність інших форм піклування, перебувають у державних інституціях, де позбавлені виховного впливу сім’ї.

За даними українських дослідників ще у 911 році київські князі брали під свою опіку людей, які потребували соціальної допомоги, зокрема дітей – сиріт. Пізніше, в 1037 році Ярослав Мудрий уклав перший український збір законів „Руська правда”, який містив в тому числі правила стосовно опіки на державному рівні. Вперше в європейській правничій практиці „Руська правда” виявила турботу і про жінку, і про матір. Ставлячи перед собою завдання охорони материнства, право, таким чином, безпосередньо сприяло запобіганню сирітства [2, с. 320].

Перший Виховний будинок було відкрито в Москві у жовтні 1764 року. До нього з приватних притулків різних міст імперії було направлено дітей різного віку: від народження до 16 років. Внаслідок чого, більшість з провінційних сиротинців, в тому числі й Київський, закрились. Загальна кількість дітей у Московському будинку становила понад 3 тисячі. Проте, результати перебування дітей в цьому закладі виявилися невтішними. Тільки за перші чотири роки існування будинку померло майже 82% дітей. Причиною такої великої смертності стала відсутність достатньої кількості годувальниць (серед вихованців закладу було багато немовлят), і дітей годували штучним способом.

Окрім зазначеної форми виховання дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, в тогочасній Російській імперії, до складу якої входили й українські землі, існувало ще дві законодавчо затверджені форми – патронат та патронаж. Насамперед, допомога надавалась безпритульним дітям, хворим, а також дітям, що скоїли злочин. При цьому відповідальність за надання такої допомоги покладалась на сільські родини та міські громади. Однією з головних цілей патронату було надання дітям, позбавленим батьківської турботи, можливості для набуття професійних навичок.

Передача ж дитини з притулку в сім'ю „на виховання та вирощування” мала назву патронаж. Як правило, у сім'ї передавались діти молодшого віку. Сім'я, що взяла дитину на виховання, мала певні обов'язки перед притулком та громадою. Зокрема, вона повинна була забезпечити можливість повноцінного розвитку вихованця, дати початкову освіту та прищепити трудові навички.

На жаль, в ті часи, ці умови не завжди виконувались, адже брали на виховання дітей переважно бідні сім'ї з метою отримання фінансової винагороди та безкоштовного працівника. Справа в тому, що родині, яка виховувала дитину з притулку, виплачувалась відповідно до закону певна сума грошей, розмір якої залежав від віку дитини. Максимальну суму отримували ті сім'ї, що брали маленьких дітей, які ще не здатні допомагати в домашній роботі. Поступово, коли діти дорослішали (12-14 років), виплати скорочувались або припинялись зовсім. В ролі контролера виступали лікарі або інший медичний персонал, до функцій якого входило медичний нагляд за виконанням вихователями своїх обов'язків. За дотриманням інших норм, в тому числі правових, ніхто не слідкував, тому часто прийомні діти використовувались як безкоштовна робоча сила. Після досягнення 17-річного віку хлопчики іноді йшли до „казенних селян”, отримували пай землі. Дівчатам, у разі якщо вони до цього віку були незаміжніми, видавались спеціальні „вільні” свідоцтва.

Прикладом сімейної форми може слугувати наступний культурологічний факт. В українській мові існує словосполучення „піти у прийма”, тобто стати прийомним членом сім'ї. Людина, найчастіше підліток, йшла на заробітки в більш заможну сім'ю. Однак на відміну від батраків або найманих робітників, до такої людини ставилися як до члена сім'ї: він їв разом з іншими членами сім'ї, жив з ними в одному домі. Іноді такий „прийманий член сім'ї” не отримував будь – якої заробітної плати, а працював лише за житло та їжу. Тобто можна казати, що діти виступали суб'єктом економіки. І така ситуація з використанням дитячої праці, і особливо прийомних дітей, існувала аж до ХХ сторіччя, до тих пір, поки Міжнародна організація праці не звернула увагу на цю проблему.

Сімейні форми виховання дитини за радянської доби були менш поширеними, проте казати, що їх не існувало зовсім, було б невірно. У 1925 році Народний комісаріат з охорони здоров'я видав інструкцію

„Про віддачу покинутих дітей на виховання з закладів Охорони материнства й дитинства”. Відповідно до даного документу на виховання у сім’ї передавалися здорові діти віком від 3-х місяців та старші.

Пріоритетною ж формою утримання дітей, як вже зазначалося, було виховання в умовах „закритого” інтернатного закладу. Така форма й донині залишається найбільш поширеною в Україні.

Відродження сімейних форм виховання у нашій країні почалось лише у 90-х роках. Перша спроба передачі на виховання в сім’ю дітей, позбавлених батьківського піклування, була здійснена у 1990 році. Саме тоді Дитячий фонд ім. В.І.Леніна виступив з ініціативою створення дитячих будинків сімейного типу.

У 1998 та 1999 роках Кабінет Міністрів України прийняв дві Постанови „Про проведення експерименту щодо створення прийомних сімей в окремих регіонах України”. А саме обласними державними адміністраціями у Харківській, Запорізькій, Львівській, Одеській областях, Київській міській держадміністрації, а також Урядом Автономної Республіки Крим були прийняті розпорядження про створення нового інституту сімейної опіки над дітьми – сиротами і дітьми, що залишилися без батьківського піклування – прийомної сім’ї. Ініціатором проведення даного експерименту виступило Міністерство України у справах сім’ї та молоді. У квітні 2002 року Постановою Кабінету Міністрів було затверджено „Положення про прийомну сім’ю”.

За результатами експерименту було опубліковано кілька методичних посібників, а саме, „Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо підготовки прийомних батьків”, „Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо соціального супроводу прийомних сімей”, „Прийомна сім’я: методика створення та соціального супроводу” та ін.

У січні 2005 року Верховна Рада України прийняла Закон „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування”. Таким чином було зроблено наступний значний крок у перетворенні державної системи опіки над цією категорією дітей на сімейно-орієнтовану[3].

Окрім державних програм щодо розвитку сімейних форм виховання з кінця 90-х років почали свою діяльність кілька неурядових організацій, котрі реалізують проекти, направлені на розвиток інституту прийомного виховання: Християнський дитячий фонд, громадські організації „Every Child” и „Hopes and Homes for Children”, „Holt International”, Ліга прийомних сімей та інші.

Проаналізувавши роботи вищезазначених учених, ми дійшли висновку про те, що діти – сироти, які виховуються в умовах дитячого будинку, мають серйозні порушення у сфері формування особистості. У багатьох вихованців дитячих будинків є діагноз: затримка психічного розвитку (ЗПР). Але навіть ті діти, яких психологи, дефектологи та педагоги визначають як нормальних, мають низку особливостей. Це

зумовлено тим, що дитина, яка залишилась без батьків з моменту свого народження, потрапляє до закладу державної опіки (Будинки для малюків). Потрапляючи до Будинку для малюків, дитина відчуває гостру депривацію. Це зумовлено тим, що розірвано зв'язок між дитиною та матір'ю: відсутні фізичний та емоційний контакти між ними.

Дослідник Дж. Боулбі вважав, що для психічного розвитку дитини найбільш вирішальним є грудний вік (від 6 до 12 місяців). Якщо на цьому етапі контакт між матір'ю та дитиною відсутній, дитина обов'язково виростає з вадами в психічному розвитку.

Недостатній інтелектуальний розвиток дитини виявляється в слабкій сформованості пізнавальних процесів дитини – сироти, нестійкій увазі, поганій пам'яті, слабо розвинутому мисленні (наочно-образного, абстрактно-логічного, вербального), низькій ерудиції тощо. Цьому існує багато пояснень – від порушення нормальної роботи мозку до відсутності нормального навчально-виховного середовища (педагогічна занедбаність).

Психологічні дослідження рівня та особливостей інтелектуального розвитку вихованців дитячих будинків свідчать про те, що розвиток уваги та пам'яті дітей-сиріт не суттєво відхиляється від норми, однак, результати дослідження доводять, що в зазначеній категорії дітей недостатньою мірою сформована картина світу. Крім того, у дітей-сиріт спостерігається підвищена ситуативність, що в пізнавальній сфері виявляється як неспроможність вирішення завдань, що потребують внутрішніх операцій, без опори на практичну діяльність.

Найбільші порушення в дітей – сиріт, які виховуються в умовах дитячих будинків, спостерігаються в емоційно-вольовій сфері: порушення соціальної взаємодії, невпевненість у собі, зниження самоорганізованості, цілеспрямованості, недостатньо розвинутої самостійності, неадекватній самооцінці, відсутності тенденції до співробітництва.

Дослідження, що проводились під керівництвом І. В. Єжова, свідчать про те, що порушення вольової сфери дошкільника – сироти, що проживає в дитячому будинку, виявляються у вигляді підвищеної чуттєвості до різних перешкод, неготовності долати труднощі, зниження потреби в досягненні успіху, порушення емоційних контактів з оточуючими, схильності до депресивних станів тощо.

Академік В. С. Мухіна звертає увагу на серйозні порушення в дітей – сиріт щодо формування структури самосвідомості. Дослідниця вважає, що цьому сприяє той факт, що в дитячому будинку до дітей часто звертаються за прізвиськом; ім'я частіше за все поєднується з прізвиськом. У результаті в дитини формується негативне ставлення до свого імені. Претензії дитини частіше за все реалізуються через особистісну фізичну силу, адекватну для вихованців агресію, а інколи – через асоціальні форми поведінки. Неможливість реалізації потреби у визнанні призводить до афективних зривів, відчуття напруги, відчаю,

гніву, звуження діапазону співчуття. У дітей – сиріт, які виховуються в дитячих будинках, спостерігаються порушення, спровоковані нереалізованою потребою в батьківській любові, визнанні. Саме це є однією з причин серйозних порушень у сфері емоційного розвитку

О. К. Агавелян відмічає, що діти, які виховувались у дитячих будинках або у школі – інтернаті, менш пристосовані до життя, ніж діти, які виховувались в родині. Діти, які живуть у родині, мають можливість для розширення свого соціального кругозору, більш широкий спектр спілкування, що має значний вплив на процес соціально – побутової адаптації та їх підготовки до самостійного життя.

Таким чином, наведені матеріали досліджень доводять передусім вплив перебування дитини-сироти в установах інтернатного типу та виникнення особливостей та недоліків їх розвитку, що ускладнюють процес їх ефективної соціалізації та адаптації, подальшої інтеграції у суспільство. Позначається це й на процесі та проявах їх соціально-побутового орієнтування. Останнє ж розглядається, з одного боку, як умова, механізм первинної соціалізації та адаптації, з другого – як певний показник її успішності.

Список використаної літератури

1. Василькова Ю. В. Соціальна педагогіка. Курс лекцій / Ю. В. Василькова. – М: „Академія”, 2000. – 440 с. **2. Соціальна педагогіка:** Курс лекцій / Під загальною ред. М.А. Галагузова. – М., 2000. – 416 с. **3. Закон України.** Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування: Закон від 13.01.2005 р. № 2342 // Офіційний вісник України . – 2005. – № 4. – С. 22.

Сьомкіна Я. С. Визначення поняття дітей-сиріт у науковій літературі

Дана стаття дає характеристику визначення поняття дітей – сиріт у науковій літературі. На сьогодні поняття втрати батьків дитиною розглядають ширше: з одного боку, традиційно, як смерть батьків, та, з іншого – як зумовлена різними причинами відсутність піклування над дітьми з боку батьків.

Ключові слова: сирота, діти – сироти, діти, позбавлені батьківського піклування.

Семкіна Я. С. Определение понятия детей-сирот в научной литературе

Данная статья дает характеристику определения понятия детей - сирот в научной литературе. На сегодня понятие потери родителей ребенком рассматривают шире: с одной стороны, традиционно, как смерть родителей, и, с другой – которое обусловлено разными причинами отсутствия попечения над детьми со стороны родителей.

Ключевые слова: сирота, дети – сироты, дети, лишенные родительской опеки.

Semkina Y. Definition of orphans in the scientific literature

This article gives a description of the definition of the concept of orphans in the scientific literature. Today, the concept of loss of parents child consider the wider: on the one hand, traditionally, as the death of parents, and, on the other hand is due to various reasons for the lack of care for children by parents.

Key words: orphan children, orphans, children deprived of parental care.

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

УДК 364.4-053.2-056.26

Ю. К. Алексєнцева

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

В Україні, інвалідність у дітей зростає в геометричній прогресії. Держава все більше уваги приділяє цій проблемі. Тому останнім часом фахівці різних професійних напрямків ведуть розробку технологій соціального, соціально-медичного, соціально-психологічного супроводу інвалідів. Незважаючи на зростаючу кількість реабілітаційних клінік, спеціалізованих інтернатів, дитячих садків, санаторіїв, денних стаціонарів і т.д., але проблеми інвалідності дітей і дорослих інвалідів з дитинства не втрачають своєї гостроти в нашій країні.

Актуальність статті в тому, що вона передбачає обговорення питань що стосуються змісту і технології соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями що для нашої країни є актуальним, бо проблема інвалідності стала стійкою тенденцією соціального розвитку. Проблема надання допомоги дітям з обмеженими можливостями належить до числа найбільш важливих і актуальних.

Проблемам соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я приділяли увагу такі вчені: П. Блонський, Л. Грачова, С. Устинова, А. Осадчих, Л. Вавіна, Т. Власова, Л. Плаксіна, К. Лебєдинська та ін.

Водночас окремі питання залишилися недостатньо дослідженими або недослідженими взагалі. До числа таких мало-розроблених проблем належать, зокрема проблема зростання дитячої інвалідності в Україні. Потрібні вдосконалення стандартів реабілітаційної допомоги дітям-інвалідам з урахуванням сучасних реабілітаційних технологій.

За останніми даними в Україні особливо гострою стала проблема дитячої інвалідності. За даними Державного комітету статистики України та Міністерства охорони здоров'я України, у 2007 р. в Україні налічувалося 167619 дітей-інвалідів віком до 18 років. Рівень інвалідності дітей продовжує зростати (з 191,0 у 2006 р. до 196,4 випадку на 10 тис. дітей у 2007 р.).

Інвалід – це особа, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого або соціального життя, в силу вад розвитку, будь-то вроджених або її фізичних чи розумових здібностей [1, с. 3].

Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем

може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [1, с. 3].

Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [1, с. 3].

На сьогоднішній день проблеми вивчення та застосування різних технологій соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями приділяється в науковій соціальній та психолого-педагогічній літературі достатню увагу. Аналіз літератури показує що за останні 20 років акцент у дослідженні проблем дітей з обмеженими можливостями змістився з поглибленого вивчення більшою мірою медичних аспектів до аналізу проблеми розвитку дитини-інваліда як особистості. Це характерно як для соціологічних, так і для правових, а також педагогічних робіт з даної проблеми. Наразі постає питання соціального підходу до дітей-інвалідів та сімей, в яких вони виховуються, аналізується діяльність соціальних працівників, соціологів, економістів, державних діячів, медиків, педагогів, психологів, дефектологів – тобто носіїв соціальної роботи [4, с. 36-39].

Показник дитячої інвалідності в розвинених країнах становить 250 випадків на 10 000 дітей і має тенденцію до збільшення. За даними Всесвітньої організація охорони здоров'я, інваліди становлять 10 % населення земної кулі, з них 120 млн. – діти та підлітки. В нашій країні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. В Україні частота дитячої інвалідності за останнє десятиліття збільшилася в два рази. Тільки за офіційною статистикою людей з обмеженими можливостями налічується більше 2,5 млн. Але їх значно більше – за оцінками експертів, їх число досягає 4,5 млн. осіб. Серед дітей-інвалідів найчисленніша вікова група 8-14 років (42,3%). За даними Міністерства праці та соціальної політики, щорічно в Україні народжується понад 10 тис. дітей з обмеженими можливостями та 16 тис. дітей отримують статус інваліда[5].

Проблема відношення до дітей з обмеженими функціональними можливостями стає все більш актуальною у зв'язку з тим, що спостерігається тенденція до збільшення таких осіб (табл. 1). Турбота про майбутнє нашої держави підводить кожну небайдужу людину до усвідомлення необхідності збереження життя кожної особистості, незалежно від стану її здоров'я, рівня фізичних та розумових можливостей.

В сучасних умовах світової фінансової кризи діти з обмеженими функціональними можливостями виявились однією з найбільш соціально незахищених верств населення. Бо інвалідність дитини обмежує її участь в

активній діяльності. Така дитина відірвана від багатьох подій життя, важливих для її формування як особистості. Це відбивається на її баченні самої себе, на адекватність самооцінки. Неадекватна, занижена самооцінка суттєво впливає на поведінку дитини. Її невпевненість у власних силах знижує можливість досягти успіху. Головною проблемою, яка потребує негайного вирішення, є подолання соціальної ізоляції дітей з особливими потребами, обмеженості можливості їх спілкування, організація їх дозвілля, навчання. Діти з функціональними обмеженнями потребують не тільки матеріальної підтримки та заходів медичної, професійної та соціально-побутової реабілітації, а й створення належних умов для актуалізації власних здібностей, розвитку особистих рис і задоволення потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Табл. 1

„Тенденція до збільшення дитячої інвалідності на 2001-2012 роки”

Тенденція до збільшення дитячої інвалідності на 2001-2012 роки			
Рік	Перша група інвалідності	Друга група інвалідності	Третя група інвалідності
2001	14,80%	33,40%	51,80%
2002	15,10%	31,90%	53%
2003	14,40%	30,40%	55,20%
2004	17,20%	33,50%	49,30%
2005	12,40%	29,80%	57,80%
2006	11,70%	29,70%	58,60%
2007	13,90%	30,50%	52,50%
2008	12%	32,10%	50,50%
2009	14,40%	30,20%	55,40%
2010	12,90%	30,40%	56,70%
2011	12,30%	28,60%	59,10%
2012	15,10%	26,30%	58,60%

Технології соціальної роботи з дитиною-інвалідами припускають послідовність дій фахівця з соціальної роботи, заснованих на його професійній майстерності, індивідуальній техніці, спрямованих на активізацію особистісних ресурсів дитини з обмеженими можливостями і досягнення його виходу з важкої життєвої ситуації.

Технології соціальної роботи з інвалідами класифікуються наступним чином:

I. За функціями застосування слід виділити наступні технології:

1. Психологічні (впливають на психологічні процеси, стани, функції).

2. Соціально-психологічні (змінюють процеси в системі людина / група).

3. Медико-соціальні (впливають на фізичний стан і пов'язані з ним соціальні аспекти існування людини),

4. Фінансово-економічні (що дозволяють забезпечити потребують посібниками, пільгами та іншими матеріальними ресурсами).

II. По області застосування виділяються наступні технології:

1. Діагностика (встановлення соціальної проблеми, виявлення причини і пошук способів її вирішення, збір інформації).

2. Корекція (зміна соціального статусу, економічного, культурного рівня, цінностей, орієнтації клієнта).

3. Реабілітація (допомога з відновлення ресурсів і життєвих сил клієнта).

4. Профілактика (попередження соціальних та індивідуальних ризиків).

5. Адаптація (полегшення входження індивіда в порівняно незнайоме суспільство або культурну систему) [6, с. 136].

Технології соціальної реабілітації включають сукупність прийомів і методів, що забезпечують прогресивний розвиток дитини, має інвалідність. Розглянемо конкретні технологічні завдання реабілітації дітей-інвалідів та специфіку деяких прийомів і методів, включених в таку діяльність.

Розрізняють такі форми реабілітації, взаємопов'язані між собою.

1. Медична реабілітація. Вона спрямована на відновлення або компенсацію тієї чи іншої втраченої функції або на можливе уповільнення захворювання.

2. Психологічна реабілітація. Це вплив на психічну сферу інваліда, спрямоване на розвиток і корекцію індивідуально-психологічних особливостей особистості.

3. Педагогічна реабілітація. Під цим розуміється комплекс заходів виховного характеру відносно дітей, спрямований на те, щоб дитина оволодів необхідними вміннями та навичками але самообслуговування, отримав шкільну освіту. Важливо виробити в дитини психологічну впевненість до власної повноцінності та сформуванню правильну професійну орієнтацію.

4. Соціально-економічна реабілітація. Під нею розуміється комплекс заходів щодо забезпечення інваліда необхідним і зручним житлом, грошового забезпечення і т. п.

5. Професійна реабілітація. Вона передбачає навчання інваліда доступних видів праці, надання необхідних індивідуальних технічних пристосувань, допомога у працевлаштуванні .

6. Побутова реабілітація. Вона забезпечує отримання необхідних протезів, особистих засобів пересування вдома і на вулиці, інших пристосувань, що дозволяють індивіду стати досить самостійним у побуті.

7. Спортивна та творча реабілітація. Дані форми активно стали розроблятися останнім часом, і слід відзначити велику їх ефективність.

За допомогою спортивних заходів, а також сприйняття художніх творів, активної участі в художній діяльності у дітей зміцнюється фізичне і психічне здоров'я, зникає депресія, відчуття своєї неповноцінності. Крім того, спільне з дітьми-інвалідами участь у спортивно-реабілітаційних заходах дозволяє їх здоровим одноліткам подолати психологічні бар'єри, упередження по відношенню до людей з обмеженими можливостями.

8. Соціальна реабілітація. Вона включає в себе і заходи щодо соціальної підтримки, тобто виплати батькам допомоги і пенсій, надбавок по догляду за дитиною, надання натуральної допомоги, надання пільг, забезпечення спеціальними технічними засобами, протезування, податкові пільги [6, с. 137-138].

Технології реабілітації дітей-інвалідів передбачають обов'язкове включення батьків в реабілітаційні заходи, відвідування татами і мамами занять з навчання основам соціально-медичної реабілітації, збори батьків, щоб конкретизувати подальшу роботу з дитиною в домашніх умовах. Таким чином, йде спільне навчання дітей і батьків умінням і навичкам незалежного життя.

Реабілітація інвалідів – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Програма реабілітації – це система заходів, спрямована на розвиток можливостей дитини та всієї його родини, яка розробляється разом з батьками та фахівцями: лікарем, педагогом, психологом і соціальним працівником, організуючим і координуючим її [6, с. 139].

Реабілітаційна робота відповідно до рішень фахівців, членів сім'ї та самої дитини-інваліда будується на основі ряду методів, наприклад: психотерапії, ігротерапії, бібліотерапії, музикотерапії, лялькотерапії, хобі-терапії, гарденотерапії, елементах анімотерапії та інше.

У соціальному обслуговуванні інвалідів необхідний облік характеру проблеми, а також особливостей людини з інвалідністю, її можливостей, які можуть бути представлені найближчим соціальним оточенням – сім'єю, родичами, друзями; освіти, професії, здібностей до творчості і т. д.

Таким чином, проаналізувавши науково-методичну, періодичну літературу та нормативно-законодавче забезпечення соціальної роботи з людьми з обмеженими функціональними можливостями можна зробити висновок, що – дитина, що має інвалідність – частина й член суспільства, вона хоче, повинна і може брати участь у всій багатогранності життя; – дитина, що має інвалідність може бути так само талановита як і її однолітки, що не

мають проблем зі здоров'ям, але виявити свої дарування, розвинути їх, приносити допомогу суспільству, її заважає нерівність можливостей; – дитина – не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина що розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості.

Отже, сьогодні інвалідність у дітей визначається вченими як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення дитини в адекватні до її віку виховні та педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона постійно потребує догляду та допомоги. Це значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації унаслідок порушень розвитку росту дитини, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності у майбутньому.

Таким чином, людина, що має інвалідність, має право на включення в усі аспекти життя суспільства, на незалежне життя, самовизначення, свободу вибору, як всі інші люди. Для цього необхідно вдосконалювати технології соціальної роботи та технології соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Список використаної літератури

- 1. Закон** України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 22.12.2011 N 4213-VI : [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
- 2. Інструкція** по встановленню груп інвалідності від 05.09.2011 № 561 [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://inva-center.com/content/legislation_ukraine/103/1086/
- 3. Закону** України „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам,, від 04.03.2004 N 1579-IV : [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2109-14>.
- 4. Сулейманова Г. В.** Право соціального забезпечення : учебник для студентов высших учебных заведений / Г. В. Сулейманова – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 512 с.
- 5. Чабан Т. В.** В Украине инвалидами бесплатно не становятся / Татьяна Чабан : [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://dislife.ru/articles/view/11219?comment_id=28149
- 6. Ярская-Смирнова Е. Г.** Социальная работа с инвалидами / Елена Ярская-Смирнова, Эльмира Наберушкина – М. : Питер, 2004 – 320 с.

Алексенцева Ю. К. Технології соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я

У статті здійснений науковий аналіз питань, які існують у технології соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я у сучасних умовах, а також визначені проблеми та шляхи їх удосконалення.

Ключові слова: інвалід, дитина-інвалід, інвалідність, реабілітація інвалідів.

Алексенцева Ю. К. Технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

В статье осуществлен научный анализ вопросов, существующих в технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в современных условиях, а также определены проблемы и пути их совершенствования.

Ключевые слова: инвалид, ребенок-инвалид, инвалидность, реабилитация инвалидов.

Aleksentseva Yu. Technologies social work with handicapped child

In the article were presented the scientific analysis of the issues that exist in the technologies of social work with children with disabilities in the current conditions, as well as the identification of problems and ways to improve them.

Key words: disabled, handicapped child, disability, rehabilitation of disabled persons.

УДК 316.663.5

I. I. Віговська

ТРЕНІНГ ЯК МЕТОД АКТИВНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО НАВЧАННЯ

На сьогоднішній день не існує загальноприйнятого тлумачення поняття „тренінгу”, що наводить до розширеного його розуміння і позначення цим терміном самих різних прийомів, форм, способів та засобів, що використовуються в психологічній практиці.

Ю. Н. Ємельянов визначає тренінг як групу методів розвитку здібностей до навчання і опанування будь-якого складного виду діяльності. Л. А. Петровська розглядає соціально-психологічний тренінг „як засіб дії, направлений на розвиток знань, соціальних установок, умінь і досвіду в області міжособистісних стосунків”, „засіб розвитку компетентності в спілкуванні”, „засіб психологічної дії”. Тренінг також можна охарактеризувати як багатofункціональний метод навмисних змін психологічних феноменів людини, групи і організацій з метою гармонізації професійного і особового буття людини.

Метою даної статті є характеристика тренінгу як метода активного соціально – психологічного навчання.

Термін „тренінг” (від англ. – train, training) має ряд значень: навчання, виховання, тренування, дресирування. Подібна багатозначність

властива і науковим визначенням тренінгу.

Вважається, що вперше тренінгові заняття, направлені на підвищення компетентності в спілкуванні, були проведені учнями К. Льовіна в Бетелі (США) і отримали назву Т-груп. В їхній основі лежала ідея: більшість людей живуть і працюють в групах, але найчастіше вони не віддають собі звіту в тому, як вони в них беруть участь, якими їх бачать інші люди, які реакції викликає їх поведінка у інших людей. К. Льовін стверджував, що більшість ефективних змін в установках і поведінці людей відбуваються в груповій, а не в індивідуальному контексті, тому, аби виявити і змінити свої установки, виробити нові форми поведінки, людина повинна здолати свою автентичність і навчитися бачити себе такою, як її бачать інші.

Соціально-психологічний тренінг набув широкого поширення й у вітчизняній практиці. Цей метод активно застосовується в роботі з дітьми, батьками, студентами, керівниками підприємств і організацій.

Груповий психологічний тренінг, або соціально-психологічний тренінг є видом методів навчання, заснованих на цілеспрямованому, комплексному і відносно тривалому за часом використанні сукупності методів групової роботи (ролевих ігор, групових дискусій, психотехнічних вправ і ін.) на користь розвитку, психокорекції та психотерапії особистості людини. Соціально-психологічний тренінг не зводиться лише до соціально-психологічного тренінгу спілкування; сфера його застосування значно ширша, ніж в останнього і не обмежується розвитком навиків ефективного спілкування і підвищенням комунікативної компетентності [1, с. 35].

Сутнісними ознаками соціально-психологічних тренінгів виступають:

- групове навчання учасників тренінгу, використання потенціалу розвитку людини в груповій динаміці із застосуванням механізму міжособистісних стосунків;
- стадійність, обумовлена соціально-психологічними закономірностями розвитку малої групи. Як правило, в процесі будь-якого тренінгу можна виділити три основні стадії: початкову, робочу і кінцеву;
- комплексне вживання сукупності методів групової роботи (ролевих ігор, групових дискусій, психотехнічних вправ та ін.);
- відносно тривале за часом проведення тренінгових занять (як правило, курс складає не менше 20-60 навчальних годин);
- широка цільова спрямованість тренінгів на розвиток, психокорекцію та психотерапію особистості людини, її професійних й життєвих умінь та якостей;
- у роботі тренінгової групи завжди присутні два плани, дві сторони: змістовна і особистісна. Змістовний план відповідає основній змістовній меті тренінгу. Він змінюється залежно від того, що є об'єктом

дії: установки, уміння, когнітивні структури, а також від програми тренінгу. Наприклад, в тренінгу креативності, тренінгу партнерського спілкування або ведення ділових переговорів зміст буде різним, хоча рівень об'єктів дії один і той же – установки і уміння. Особистісний план – це групова атмосфера, на тлі якої розвертаються події змістовного плану, а також стан кожного учасника окремо (у деяких видах тренінгу ці стани і стосунки учасників стають змістом роботи групи).

Для активізації та спрямування навчального процесу використовується широкий спектр навчальних методів і технологій:

1. Мозковий штурм.
2. Робота у малих групах.
3. Бесіди.
4. Вправи та рольові ігри.
5. Сценки.
6. Аналіз складних ситуацій та інше [2].

Метод аналізу конкретних ситуацій займає проміжне місце між дискусійними та ігровими методами. За кордоном він найчастіше називається кейс-метод (keys – випадок), або метод інциденту. На початковому етапі використання даний метод зводився до опису індивідом випадку зі своєї повсякденної або професійної практики.

Метод аналізу конкретних ситуацій полягає в тому, що на занятті учасники в робочих групах аналізують і вирішують конкретні проблемні ситуації, узяті в основному з професійної практики. Перевага методу полягає в тому, що в процесі аналізу та вирішення конкретної ситуації учасники зазвичай діють по аналогії з реальною професійною практикою, тобто спираються на свій досвід, використовують ті способи, засоби та критерії аналізу, які були придбані ними в процесі навчання. Головне ж – учасники не лише отримують потрібні теоретичні знання, але і вчаться застосовувати їх на практиці.

Метод аналізу конкретних ситуацій дозволяє вирішувати наступні завдання:

а) навчати учасників аналізу та алгоритмам вирішення реальних практичних ситуацій, формувати навички відділення важливого від другорядного, формулювати проблеми;

б) „прищеплювати” учасникам уміння взаємодіяти один з одним;

в) моделювати особливо складні ситуації, коли самий професійний фахівець не в змозі сам охопити всі аспекти проблеми, коли саме колектив є основою в прийнятті переважної частини групових рішень;

г) демонструвати характерну для більшості проблем багатозначність можливих рішень.

Залежно від дидактичних цілей та особливостей вмісту матеріалу, що вивчається, метод аналізу конкретних ситуацій може застосовуватися в наступних варіантах:

1) аналіз конкретної ситуації як її оцінка. Учасникам дається

опис конкретної події та прийнятих заходів. Їх завдання: оцінити джерела, механізми, наслідки ситуації та прийнятих заходів або дій посадових осіб. Найчастіше для аналізу пропонується опис конкретного випадку (несподівані вчинки прийомних дітей, конфлікти в школі та ін.) та відповідні заходи з боку дійових осіб. Учасники повинні на основі всебічного вивчення ситуації дати оцінку правильності (неправильності) їх дій, запропонувати свій варіант кваліфікованої діяльності фахівців;

2) аналіз конкретної ситуації як вироблення алгоритму рішення професійної задачі. Конкретна ситуація представляється учасникам у вигляді проблемного ситуації-завдання, яке виникло або стоїть перед професійною практикою.

При використанні методу аналізу конкретних ситуацій рекомендується застосовувати наступний алгоритм роботи учасників в підгрупах:

- Ø аналіз ситуації доцільно починати з виявлення ознаки проблеми, її ясного, чіткого, короткого формулювання;

- Ø вироблення альтернатив, тобто різних способів дії в даній ситуації;

- Ø розробка критеріїв вирішення проблеми, вимог до змісту альтернатив і їх обґрунтування;

- Ø при виборі кращого рішення спиратися як на аналіз позитивних і негативних наслідків кожного, так і на аналіз необхідних ресурсів по їх здійсненню.

Наступний метод, що використовується в процесі навчання прийомних батьків, це – метод „мозкової атаки” виник в 30-ті рр. ХХ ст. як спосіб колективного продукування нових ідей. Ще в 1938 р. А. Осборн запропонував використовувати „мозкову атаку”, або „мозковий штурм”, як груповий метод вирішення проблем, що активізує творчу думку. В даний час різні модифікації методу широко використовуються в наукових і виробничих колективах, у вузах. Метод сприяє розвитку динамічності розумових процесів, абстрагування від існуючих обмежень і звичних поглядів на явища і процеси, формує уміння зосереджуватися на якій-небудь вузькій і актуальній меті.

Для ефективного проведення „мозкової атаки” слід дотримувати ряд організаційних умов:

- у оптимальному варіанті навчальна група повинна складатися приблизно з 7-12 чоловік;

- члени групи повинні знаходитися в постійному контакті й не розміщуватися в сусідніх приміщеннях;

- соціальний статус учасників має бути приблизно рівний;

- професійні та особистісні якості учасників мають бути досить високими;

- у групі може бути лише декілька чоловік, досвідчених в даній проблемі;

-робота повинна проходити в комфортній та невимушеній обстановці;

-члени групи повинні мати бажання кооперуватися і взаємодіяти;

-аби в групі панувала гармонія, доцільно підбирати членів групи за віком, статтю та типом особистості;

-бажано, аби учасники були розташовані по колу; знали один одного по іменах;

-бажано, аби керівником групи обирали або призначали фахівця, що добре знається на проблемі і має авторитет в присутніх;

-спостерігачі, які фіксують ідеї та вислови учасників, розташовуються за столами поза групою. Вони фіксують все, що говориться, навіть те, що, на їх думку, не має жодного значення.

Метод ролевої гри. Ролева гра – одна з основних технік психодрами (від греч.: психо – душа, розум і драма – дія), одна з класичних форм психотерапії, що виникла на початку ХХ століття. Засновник психодрами – американський психіатр Якоб Льові Моренно – задумав її як систему дій, що змальовує внутрішній світ людини і його соціальну поведінку за допомогою ролевих ігор. Психодрама не є деякою одиничною технікою, а є синтетичним методом, за допомогою якого викликається найширший спектр переживань у людини. Цей метод успішно застосовується в різних областях освіти.

При навчанні прийомних батьків метод психодрами направляє учасників на пошук нових способів виходу з ситуації, допомагає усвідомленню власних відчуттів і відчуттів інших учасників процесу, дозволяє усвідомити відчуття інших людей, побачити ситуацію „очима” іншого, наприклад, дитини або її кровних батьків. Ролева гра проводиться ведучим, який або дає групі для розігрування задану ситуацію, або використовує ситуацію, задану ким-небудь з учасників групи. Ситуація розігрується в ролях з використанням учасників групи. Ведучий допомагає зрозуміти відчуття, які виникають усередині ролей, а також пропонує учасникам групи знайти нові способи реагування або поведінки в даній ситуації. У даному тренінгу розігруються конкретні ситуації, пов’язані з проблемами патронатного виховання.

Метод психодрами – це технічно складний психотерапевтичний метод, що вимагає спеціального навчання. Для проведення тренінгу необхідно виучитися хоч би основній психодраматичній техніці та принципам. Нижче даний короткий огляд основної техніки і стадій психодраматичного процесу

Основні техніки психодрами:

1. Обмін ролями.

Ця техніка дозволяє учасникові встати на місце іншого, „бачити його очима” і „відчувати його відчуттями”, що відбувається, наприклад, як співбесідник сприймає його власні слова. Обмін ролями відбувається

по вказівці ведучого, і повинен супроводжуватися переміщенням учасників гри так, щоб вони зайняли місце один одного. При цьому учасники повторюють свої останні слова або дії, але сприймають їх вже з нової позиції.

2. Дублювання.

При дублюванні ведучий, приєднуючись до відчуттів і положення (у тому числі до пози) учасника, ділиться з ним своїми відчуттями, кажучи від першої особи: „Мені тривожно це чути”, „У мене опускаються руки, коли ти так говориш”. Якщо виконавець ролі визнає це відчуття, він повторює запропоновані слова, якщо ні – ігнорує їх. Дублювання можна проводити, лише якщо ви маєте спеціальну психодраматичну підготовку.

3. Скульптура [3].

Таким чином, серед запропонованих методів навчання прийомних батьків до виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, окрему увагу звертає на себе тренінг. Методика проведення тренінгу передбачає активне включення кожного учасника через використання активних методів навчання, таких, як психодраматичні методи, мозковий штурм, система всіляких вправ.

Список використаної літератури

1. Технології створення та функціонування прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу. Збірник методичних матеріалів / Авт. кол. Г. Бевз, А. Капська, Н. Комарова та ін. – К. : Державний ін-тут проблем сім'ї та молоді, 2003. – 188 с. **2. Методичний** посібник по проведенню тренінг-курсу для соціальних працівників з питань підбору, підготовки та соціального супроводу прийомних батьків / [О. О. Яременко (керівник авт. кол.), Н. М. Комарова, Г. М. Бевз, Л.С.Волинець та ін.]. – К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 128 с. **3. Кузьмінський А. І.** Педагогіка родинного виховання: навч. посібник / А.І. Кузьмінський, В. Л. Омельченко. – К. : Знання, 2006. – 324 с.

Віговська І. І. Тренінг як метод активного соціально-психологічного навчання

Дана стаття аналізує тренінг як метод активного соціально-психологічного навчання. Тренінг можна охарактеризувати як багатофункціональний метод навмисних змін психологічних феноменів людини, групи і організацій з метою гармонізації професійного і особового буття людини.

Ключові слова: метод, тренінг, психодрама, рольова гра, метод аналізу конкретних ситуацій.

Виговская И. И. Тренинг как метод активного социально-психологического обучения

Данная статья анализирует тренинг как метод активного

социально-психологического обучения. Тренинг можно охарактеризовать как многофункциональный метод преднамеренных изменений психологических феноменов человека, группы и организации с целью гармонизации профессионального и личностного бытия человека.

Ключевые слова: метод, тренинг, психодрама, ролевая игра, метод анализа конкретных ситуаций.

Vigovskay I. Training as a method of active social and psychological study

This article analyzes the training as a method of active social – psychological training. Training can be described as a multi-method intentional changes in human psychological phenomena, groups and organizations to harmonize professional and personal life of the person.

Key words: method, training, psychodrama, role play, the method of analysis of specific situations.

УДК [364.692:616.98:578.828ВІЛ]-053.6

Г. С. Воротилко

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ СЕРЕД МОЛОДІ

СНІД – особливо небезпечна інфекційна хвороба, яка через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та Україні створює загрозу особистості, громадській та державній безпеці. Розпочавшись з поодиноких випадків інфікування ВІЛ та захворювань на СНІД, наприкінці 80 – х років минулого століття, пандемія охопила всі країни і континенти.

Мета статті є аналіз технологій соціальної роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді.

На сьогоднішній день епідемія ВІЛ/СНІДу швидко поширюється, в тому числі і в Україні. Це спричиняє важкі соціально – економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян[1]. Життя людей з ВІЛ – інфекцією в Україні надзвичайно складне, оскільки їм щодня доводиться стикатися з цілою низкою соціальних, психологічних та медичних проблем. Це й недостатня увага до проблем ВІЛ – інфікованих з боку держави та органів соціального захисту, всебічна ізоляція, вороже ставлення суспільства, проблеми з працевлаштуванням, отриманням медичної допомоги, зокрема, недоступність сучасних методів діагностики та лікування. ВІЛ/СНІД легше попередити, ніж лікувати

хворих та усувати його наслідки. Тому активно проводиться профілактика ВІЛ/СНІДу серед населення, зокрема серед молоді, яка є найбільш вразливою до цієї хвороби. ВІЛ – інфекція/СНІД – це головна загроза охорони здоров'я і економічної стабільності[2, с. 8].

Боротьбу з ВІЛ/СНІДом здійснюють державні структури та громадські організації. Їх діяльність направлена на розробку та впровадження програм щодо профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, поширення інформації стосовно епідемії ВІЛ/СНІДу, сприяння захисту соціальних, особистих прав та інтересів хворих на ВІЛ/СНІД. Соціальні служби мають за мету забезпечити захист ВІЛ – інфікованої та хворої на СНІД молоді для нормального існування у суспільстві, їх соціалізацію, гарантувати соціально – психологічну допомогу. Існує ряд національних законодавчих актів, основними завданнями яких є забезпечення реалізації основних напрямків профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІДу, розробка заходів та програм, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ – інфекції.

Права та обов'язки ВІЛ – інфікованих реалізуються Законом України „Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ”, Конституцією України, основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України: „Про інформацію”, „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, „Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”, та іншими нормативно – правовими актами України. Але недостатнє фінансування програм з профілактики ВІЛ/СНІДу, нерозуміння суспільством глобальності цієї проблеми та низький рівень знань, як захистити себе, сприяють подальшому розповсюдженню пандемії[3, с. 28].

Перші випадки ВІЛ – інфікування серед громадян України були зареєстровані в 1987 році. На сьогодні статевий шлях є основним шляхом передачі вірусу імунодефіциту в Україні. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей до 25 років.

Виділяють три рівні профілактики ВІЛ/СНІДу. Однією з найважливіших складових первинного рівня профілактики є пропаганда здорового способу життя, обмеження числа випадків СНІДу. Вторинний рівень передбачає раннє виявлення та специфічне лікування СНІДу та ВІЛ-інфікованих. На третинний рівень приходить лікування та реабілітація хворих на ВІЛ/СНІД. В рамках третинної профілактики проводять диспансерне спостереження в СНІД-центрах[4].

Основна увага у сфері профілактики приділяється модифікації ризикованої поведінки молоді через впровадження освітньо інформаційних профілактичних програм, роботи в навчальних закладах, на робочих місцях, на вулицях. Значну роль у профілактичній роботі відіграють засоби масової інформації, спрямовані на виховання здорового способу життя, інформування населення щодо шляхів передачі ВІЛ та засобів профілактики. Проводиться пропаганда знань про шляхи

розповсюдження ВІЛ і способи запобігання зараженню. Були спроби розповсюдження голок серед наркоманів з метою зменшення випадків сумісного використання голок. Другий напрямом є лікувальні заходи, які дозволяють покращити якість і подовжити життя ВІЛ – інфікованої особи. Мета терапії – попередити чи уповільнити прогресування хвороби, відновити імунну систему, загальмувати розмноження вірусу, а отже – врятувати життя хворого та зменшити ризик інфікування партнерів, тобто зменшити кількість випадків передачі ВІЛ. Отже, мета лікування – надати медичну допомогу хворій людині та запобігти поширенню ВІЛ[5, с. 54].

У зв'язку з тенденцією до збільшення хворих на ВІЛ/СНІД в Україні необхідно удосконалювати шляхи профілактики цього захворювання, а також розробляти нові, ефективні методи роботи з цією категорією хворих. Треба здійснювати підготовку спеціально навчених кадрів для забезпечення оптимальної роботи епідемічного Українського Центру СНІДу та регіональних центрів, посилити контроль за здійсненням моніторингу епідемії ВІЛ/СНІД.

Таким чином, всі повинні знати і розуміти, що ВІЛ/СНІД живе разом з нами. Насамперед треба загострити увагу на первинній профілактиці, яка передбачає широке інформування населення, соціальну роботу з дітьми та молоддю, пропаганду здорового способу життя, формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. Успіх в боротьбі з ВІЛ/СНІДом залежить від цілеспрямованої профілактичної роботи всієї громадськості (державних установ і неурядових організацій), впровадженні безкоштовного добровільного тестування на ВІЛ, забезпечення адекватної комбінованої і профілактичної антиретровірусної терапії, підвищення інформованості населення про хворобу і ведення безпечного способу життя, проведення повчальних тренінгів, створення спеціалізованих лікувально – діагностичних центрів, поліпшення соціально – матеріальних умов життя всіх людей[6].

Список використаної літератури

1. Соціально – медична робота з Віл – інфікованими та хворими на СНІД : [Електронний ресурс] – Режим доступу : www.ukrefs.com.ua/page,2,122691-Social-no-medicinskaya-rabota-s-VICH-i-bol-nymi-SPIDom.html. **2. Запорожан В. М.** ВІЛ – інфекція і СНІД / В. М. Запорожан – К. : Здоров'я, 2004. – 636 с. **3. Организации,** работающие в области ВИЧ/СПИД в Украине. – Ред. Н. Волкова. – К. : Международ. Альянс по ВИЧ/СПИД, 2002. – 491 с. **4. Сімейна** профілактика ВІЛ/СНІДУ: [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/1033/1/Semyhina_ProfilaktykaVILSNIDu.pdf. **5. Спиженко Ю. П.** ВИЧ/СПИД – инфекция / Ю. П. Спиженко. – Х. : С.А.М., 2002. – 597 с. **6. Закон України** Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ – інфекції,

лікування, догляду та підтримки ВІЛ – інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки [Текст]: закон України від 19 лютого 2009 року № 1026-VI / Україна. Закони // Орієнтир. – 2009. – № 12.

Воротилко Г. С. Технології соціальної роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді

Стаття присвячена особливостям профілактики ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі в Україні. Розкривається основний зміст профілактичної роботи з ВІЛ – інфікованою молоддю, шляхи її удосконалення.

Ключові слова: ВІЛ, СНІД, проблеми ВІЛ – інфікованих, профілактика, рівні профілактики.

Воротылко А. С. Технологии социальной работы по профилактике ВИЧ/СПИДа среди молодежи

Статья посвящена особенностям профилактики ВИЧ/СПИДа в молодежной среде Украины. Раскрывается основное содержание профилактической работы с ВИЧ - инфицированной молодежью, пути ее совершенствования.

Ключевые слова: ВИЧ, СПИД, проблемы ВИЧ - инфицированных, профилактика, уровни профилактики.

Vorotylo A. Technology of social work on prevention of HIV/AIDS among youth

The article is devoted to HIV/AIDS prevention among youth in Ukraine. Opens the main content of the preventive work of HIV - infected young people, the ways of its improvement.

Key words: HIV, AIDS, HIV - infected, prevention, prevent.

УДК [364 : 343. 431] – 053. 6

М. О. Лаврова

**СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА З
ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТОРГІВЛІ ЛЮДЬМИ У МОЛОДІЖНОМУ
СЕРЕДОВИЩІ**

Торгівля людьми – одне з ганебних явищ сучасності ,яке порушує права та свободи людини. Сьогодні не має жодної країни світу, суспільство якого б не займалося вирішенням зазначеної проблеми. Україна, як одна з країн походження, транзиту та призначення для постраждалих осіб, займається пошуком шляхів попередження й подолання торгівлі людьми, оскільки це призводить до руйнівних наслідків і для окремої людини, і для держави в цілому.

Найуразливішими та найбільш незахищеними категоріями населення з діяльності злочинців щодо торгівлі людьми є діти та молодь.

Питання протидії торгівлі дітьми та молоді все ще залишаються на порядку денному в діяльності державних закладів і недержавних організацій. Незважаючи на наявність певної законодавчої та інституційної бази, механізми ідентифікації дитини, постраждалої від торгівлі людьми, допомоги їй потребують подальшого розвитку, а реінтеграція постраждалої дитини залишається великою проблемою, оскільки має складний і тривалий характер. В Україні ратифіковано цілу низку міжнародних правових актів у сфері прав дитини та протидії торгівлі людьми, прийнято зміни до чинного законодавства, однак все це має здебільшого декларативний характер і не є спрямованим на реальний захист прав дітей та молоді в Україні, особливо дітей, які постраждали від торгівлі людьми. Тому захист та надання допомоги постраждалим дітям та молоді повинні визначатися як пріоритетні напрямки діяльності органів державної влади.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що проблемі торгівлі людьми приділяється значна увага з боку таких фахівців як Т. Возна, О. Галиця, Б. Головка Є. Луценко, Л. Матіяшек, Л. Ореховський, А. Топчій, І. Трубавіна, Т. Шевченко. Питання торгівлі жінками й пошуком шляхів її подолання присвячені роботи С. Денисова, М. Костючек, О. Надьона, С. Ратушного. Дослідженням проблеми профілактики і комерційної експлуатації дітей та молоді присвячені праці Д. Калмикова, Л. Ковальчук, К. Левченко, О. Швед, Н. Романової, М. Гусака. Питанням соціально-педагогічної профілактики присвятили свої праці науковці І. Зверева, А. Капська, Г. Лактіонова, В. Ролінський, О. Удалова, Н. Щербак та інші.

Ознайомлення із науковими дослідженнями з проблем попередження й подолання торгівлі людьми показало недостатність вивчення та розробки проблеми соціальної профілактичної роботи із попередження торгівлі людьми у молодіжному середовищі. Враховуючи актуальність проблеми організації соціальної роботи з профілактики торгівлі людьми у молодіжному середовищі, метою нашої статті є змістовна характеристика соціальної профілактичної роботи щодо запобігання торгівлі людьми серед учнівської і студентської молоді.

Сьогодні мова йде про виховання незалежної, конкурентоспроможної особистості, яка здатна протистояти зовнішнім негараздам і впливам, захистити себе у виборі майбутнього дорослого життя, тому організація та проведення роботи, спрямованої на запобігання торгівлі людьми серед учнів навчальних закладів, є важливим напрямком їх навчально-виховної діяльності. Поширення знань про те, яким чином захистити себе та не потрапити до тенет торгівців людьми, є також важливою складовою захисту прав дітей та молоді.

Робота в цій сфері налічує вже більше десяти років, що дає підстави для її вивчення та використання науково-методичних напрацювань в системі професійної освіти. Співпраця навчальних закладів, наукових установ, державних структур, Міністерства освіти і науки та його підрозділів, а також громадських та міжнародних організацій, перш за все Міжнародного жіночого правозахисного центру „Ла Страда-Україна”, призвела до реалізації системних заходів у сфері попередження торгівлі людьми, вивчення та застосування найкращого досвіду, підготовки та розповсюдження науково-методичних та інформаційних матеріалів, які стали науково-методичною базою для організації профілактичної діяльності. Серед них навчальні посібники „Запобігання торгівлі людьми”, „Запобігання торгівлі людьми та експлуатації дітей”, „Соціальна профілактика торгівлі людьми”, „Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми трудових мігрантів”, „Теоретико-методичні основи протидії дитячій праці в Україні”, робочий зошит „Знай та захищай свої права”, буклети „Якщо ви збираєтесь за кордон”.

Соціальна профілактика торгівлі людьми поділяється на первинну, вторинну і третинну. Загальною метою первинної соціальної профілактики виступає формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю, який забезпечує реалізацію прав, задоволення потреб і інтересів особистості, неприйняття й категоричну відмову від маніпуляцій. Завданнями цієї роботи є: розвиток і вдосконалення тих конструктивних стратегій поведінки, життєвих умінь і навичок, які молода людина вже має, але не знає, як їх застосувати у разі потрапляння в ситуацію торгівлі людьми; навчання розпізнаванню таких ситуацій і безпечної поведінці в цих випадках; збільшення потенціалу особистісних ресурсів людини (розвиток внутрішнього контролю власної поведінки, формування правосвідомості, розвиток активності. Змістом первинної соціальної профілактики торгівлі людьми є наступне: надання інформації про явище «торгівля людьми»; роз'яснення правових норм стосовно поведінки в реальних життєвих ситуаціях, які можуть привести до потрапляння в рабство; показ зразків застосування життєвих умінь і навичок щодо навчання, знайомства, відпочинку, працевлаштування за кордоном; підтримка творчої, інтелектуальної, спортивної, громадської діяльності молоді.

Вторинна соціальна профілактика торгівлі людьми є, переважно, груповою і має за мету зміну мало адаптованої дисфункціональної ризикованої поведінки на адаптовану, тобто передбачає зміну ставлення до себе та оточуючих і навчання поведінці, формування досвіду поведінки в ситуаціях, які можуть привести до потрапляння у рабство.. Вторинна соціальна профілактика спрямована на дітей та молодь „групи ризику”, до якої відносяться бездоглядні діти, діти з неблагополучних сімей, вихованці інтернатів, діти, які їдуть за кордон навчатися, працювати, відпочивати. Вторинна соціальна профілактика

передбачає своєчасне виявлення таких осіб і надання їм соціальної підтримки і допомоги. В її змісті виокремлюють такі напрямки: 1) формування знань, життєвих умінь і навичок самозахисту від торговців людьми; 2) формування поняття про установи і організації, які допомагають потерпілим від торгівлі людьми, про шляхи потрапляння в рабство, правила поведінки під час перебування за кордоном, про оформлення документів тощо; 3) зміна ставлення молодшої особи до себе, свого місця в суспільстві, усвідомлення нею цінності свого життя і свого місця в ньому.

Третинна соціальна профілактика торгівлі людьми спрямована на інтегрування у суспільство осіб, які потерпіли від торгівлі людьми, з тим, щоб надалі такого з ними не сталося. Третинна профілактика виявляє причини і особливості поведінки і свідомості молодшої людини, які призвели до виникнення проблеми, а також сприяє усуненню причин через перенавчання людини, підвищення її соціального статусу, підтримки у влаштуванні в житті. Третинна профілактика є індивідуальною і передбачає тривалу роботу і надання комплексу соціальних послуг. Вона здійснюється поряд із соціальною реабілітацією і соціальним супроводом та вимагає об'єднання зусиль різних фахівців.

Виходячи з мети, завдань та змісту вищезазначених видів профілактичної роботи, соціальна профілактика торгівлі людьми, яка повинна проводитися у навчальних закладах, носить характер первинної і вторинної профілактики. Об'єктом первинної профілактики у навчальних закладах є школярі і студенти та їх батьки. Об'єктом вторинної профілактики є діти та молодь „групи ризику”.

Ми поділяємо думку авторів посібника „Запобігання торгівлі людьми та експлуатації дітей” що соціальна профілактика торгівлі людьми серед учнівської і студентської молоді буде ефективною, якщо ґрунтуватиметься на концепції „допомоги для самопомоги”. Перевагами цієї концепції є те, що вона по-перше, інтегрує в собі багато сучасних наукових теорій і концепцій соціальної роботи; по-друге, розглядає людину як суб'єкта соціальної роботи „що зазначає формування у неї відповідальності за своє життя, свій вибір, вміння свідомо користуватися своїми правами на основі знання про них” [2, с. 132]. Реалізацію концепції „допомога для самопомоги” в даному аспекті означає:

1. Вивчення особливостей проблем дітей та молоді в аспекті запобігання торгівлі людьми, а також вивчення особливостей мотивації молоді щодо працевлаштування, навчання, відпочинку за кордоном.

2. Формування позитивної мотивації молоді до сприймання соціальних послуг та стимулювання молоді до засвоєння інформації щодо протидії торгівлі людьми.

3. Встановлення контакту з молоддю і членами їх сімей і надання їм соціальної допомоги, тобто такого комплексу соціальних послуг, який сприяє не тільки відмові від „легких грошей” за кордоном, але й

підвищенню соціального статусу молоді, їх особистому розвитку, на основі оволодіння знаннями про свої права, навчання вмінню ними користуватися та їх відстоювати, створення умов для їх реалізації, використовуючи, при необхідності соціальну опіку та підтримку, соціальний менеджмент. Наслідком такої допомоги також будуть: знання, які запобігають потраплянню в рабство, вміння і навички щодо критичної оцінки, прийняття рішення, управління собою в ситуаціях, які можуть привести до потрапляння в тенета торговців людьми.

4. Спрямування молоді до самопомоги в напрямі запобігання торгівлі людьми через надання інформаційних послуг про установи та організації, які вирішують такі проблеми; розвиток волонтерського руху, студентських соціальних служб, підтримка неурядових організацій, які займаються профілактикою торгівлі людьми [2, с. 132].

Соціальна профілактика торгівлі людьми серед учнів навчальних закладів вирішують такі завдання:

- проведення інформаційно-пропагандистської роботи серед молоді з метою розкриття сутності понять „торгівля дітьми” і „торгівля людьми”;
- формування правосвідомості та правової поведінки молоді, громадянськості, відповідальності за своє життя із розвитком її активності, самостійності, творчості та створення умов для її самореалізації.

Ці завдання можливо реалізувати у наступних напрямках соціальної роботи з учнівською молоддю:

- 1) проведення наукових досліджень з проблеми торгівлі людьми;
- 2) організація інформаційної просвітницької роботи;
- 3) формування у молоді вміння користуватися своїми правами;
- 4) організація соціальної реклами послуг суб'єктів соціальної роботи;
- 5) розвиток правової просвіти молоді з проблем торгівлі людьми;
- 6) допомога молоді у виборі професії, працевлаштуванні, організації дозвілля тощо;
- 7) сприяння розвитку молодіжних ініціатив, допомога у реалізації їхніх інтересів;
- 8) організація волонтерського руху, роботи студентських соціальних служб [5; 6].

Розглядаючи торгівлю людьми як явище соціально-психологічне, ми вважаємо, що просвітницька діяльність у навчальних закладах повинна здійснюватися за допомогою таких форм і методів, які ефективно можуть вплинути на свідомість та поведінку дітей та молоді, є цікавими, доступними, допомагають мислити, сприяють творчому пошуку, надають можливість не лише отримати знання, а застосувати ці знання на практиці, тобто розвивають вміння та навички правильної не ризикованої поведінки.

Методами первинної соціальної профілактики є інформування, роз'яснення, навіювання, переконання, бесіди, диспути, усні журнали,

кінолекторії, розповіді, робота в громаді, інтерактивний театр. Основними методами вторинної соціальної профілактики є вправи, вимоги, інформування, переконання, роз'яснення, драматизація, приклади, розв'язування ситуацій. Ці методи реалізуються через такі форми як тренінги, цикли занять, вулична соціальна робота, соціологічні дослідження.

Колективні форми і методи просвітницької роботи охоплюють одночасно велику кількість підлітків і молоді, сприяють створенню певного емоційного настрою. Групові – сприяють засвоєнню нових соціальних вмінь, встановленню більш близьких відносин з оточуючими у вирішенні міжособистісних проблем, самопізнанню учасників. Індивідуальні – дають можливість індивідуалізовано працювати з окремою особистістю з метою вирішення її психологічних проблем [4, с. 157].

У виборі форм і методів роботи необхідно пам'ятати, що ефективність такої роботи значно зростає, коли до її підготовки і проведенню залучається учнівська молодь.

Будь-який захід з досліджуваної проблематики можна розпочати з ознайомлення молоді з виставкою літератури, а також буклетів, плакатів з даної теми. Можна використати відеофільм. Наводячи приклади, необхідно викликати у слухачів певне ставлення до них, бажання дати їм відповідну оцінку.

Активною формою профілактичної роботи є диспут як публічне обговорення, зіткнення протилежних ідей, поглядів з метою пошуку істини. Диспути допомагають формуванню правових уявлень, поглядів і переконань, учасники самостійно оцінюють ті чи інші судження, відстоюють свої погляди, диспут допомагає виявити настрій вихованців, їхній внутрішній світ, формувати громадську думку колективу, критичне ставлення учнівської та студентської молоді до порушення прав жінок та ін. Їх мета – змусити учнів замислитися над проблемою, викликати пізнавальну активність, бажання висловитися, допомогти розібратися в проблемах стосовно торгівлі людьми... Основні вимоги до організації та проведення диспуту: планування, добір і конкретизація питань, обговорення, попереднє повідомлення про диспут; підбір літератури, відео-, кіно матеріалів, кваліфіковане керівництво [6, с. 261].

Традиційною формою роботи є усний журнал, який присвячується одній проблемі або комплексу різних питань. Наприклад, усний журнал на тему „Рабство у сучасному світі”. Кожна сторінка повинна мати свою назву і зміст. Зміст сторінки являє собою виступ учня, зустріч з працівниками правоохоронних органів, неурядових організацій в Україні із запобігання торгівлі дітьми, чоловіками, жінками. Сторінка ілюструється фрагментами з формування досвіду запобігання торгівлі людьми щодо себе і своїх дітей, кіно- і відеофільмів, доцільно оформити вітрину зі спеціальною літературою, газетними чи журнальними статтями.

Популярною формою пропагування знань з проблем прав людини, запобігання торгівлі дітьми є тематичні вечори, «круглий стіл» та вечори запитань і відповідей. Тематика їх може бути різноманітною.

Конкурси – це змагання на найкраще, найшвидше та найправильніше виконання завдань. Підготовка конкурсу включає: визначення теми, учасників; формування питань, завдань; розробка умов конкурсу. Прикладом конкурсів з проблем торгівлі дітьми можуть бути: конкурс соціальної реклами, юридичний конкурс тощо.

Рольова гра – навчальна гра, під час якої учасники імітують реальну ситуацію через виконання призначених ролей. Мета рольової гри полягає в набутті досвіду поведінки чи ставлення, а також певних навичок. Кожен учасник повинен знати ідею ролі та мету рольової гри взагалі. Важливо дати групі вийти з ролі по закінченню вправи – сказати кілька слів про почуття, враження, думки. Рольову гру використовують як найбільш ефективний засіб наочного висвітлення змісту та суті тематики. Успіх гри залежить від наступних умов: наявності сценарію гри; правильно визначених критеріїв ефективності гри; створення доброзичливої, відкритої обстановки для забезпечення психологічного контакту та вияву щирих почуттів учасників; використання педагогом соціального досвіду учасників, мобілізації всіх потенційних можливостей; створення ситуації успіху.

Найдоцільнішою формою просвітницької роботи з учнівською молоддю щодо попередження торгівлі дітьми є соціально-просвітницький тренінг, суттєвою перевагою якого є те, що він дає унікальну можливість вивчити складні, емоційно значимі питання в безпечній обстановці групи, а не в реальному житті з його загрозами та ризиками. Тренінг – особлива форма навчання через безпосереднє проживання і усвідомлення нового досвіду, що не зводиться ні до традиційного навчання через трансляцію знань, ні через психологічне консультування[1, с. 7]. Вона має за мету організацію пізнавальної діяльності, яка передбачає сплановану послідовність дій, спрямованих на те, щоб допомогти об'єкту діяльності навчитися ефективно виконувати роботу чи завдання. Відмінністю тренінгу від усіх відомих форм роботи є: приміщення і обладнання; певний формат і структура; встановлення правил; використання інтерактивних методів (мозковий штурм, рольова і моделююча гра, аналіз конкретних ситуацій, метод кейсів, навчання через навчання інших тощо).

До інноваційних форм просвітницької профілактичної роботи відноситься інтерактивний театр, який використовують у вуличній соціальній роботі і здійснюють через створення вистав на гостру соціальну тематику. Вистави за участю підлітків та молоді найкраще сприймається підлітковою, молодіжною та дорослою аудиторією. Вистава „Вільна пташка” розповідає про сучасне рабство, викриває тенет торгівлі людьми, у які потрапляють необачні птахи й пташенята у пошуках земного раю. Театр дає можливість охоплювати

просвітницькою роботою багато людей одночасно, доносить інформацію до кожного глядача. Інтерактивна частина – спілкування з аудиторією перед виставою – дає можливість ставити і вирішувати найскладніші питання [3, с. 120].

Змістом соціальної профілактичної роботи з батьками учнівської молоді є: ознайомлення з самим поняттям „торгівля людьми”, причинами, факторами, методами й шляхами потрапляння у рабство, її наслідками для фізичного, психічного і соціального здоров'я людини; формування установки на виважені рішення і раціональний діалог з дітьми, встановлення довірливих стосунків з ними, взаємодію з фахівцями, які опікуються проблемою й можуть надати суттєву допомогу у вирішенні цього питання.

Соціальна превентивна робота з батьками учнів у загальноосвітніх закладах передбачає використання як просвітницьких форм і методів роботи, так і практичних занять, до яких відносяться: виступи фахівців на підприємствах, в установах, де працюють батьки; організація бесід, роз'яснень у мікрорайонах, на літніх майданчиках, у літніх шкільних таборах відпочинку; батьківські університети; консультації, дні відкритих дверей неурядових організацій спільно зі школою; батьківські збори.

Батьківські університети – це форма просвітницької роботи, метою якої є пропаганда правових знань серед населення, надання батькам певних знань і допомоги щодо попередження торгівлі людьми. Вона передбачає лекції, семінарські й практичні заняття, консультації та є ефективною при умовах наявності постійного складу слухачів і систематичного проведення семінарів і практичних занять.

Консультація для батьків спрямована на надання їм допомоги із вирішення проблеми. Тому метою консультації є короткочасне раціональне розв'язання проблеми, надання необхідної інформації, поради, рекомендації, спрямування до самоаналізу.

Батьківські збори, як форма первинної соціальної профілактики торгівлі людьми, мають першочергове значення. Вони сприяють підвищенню теоретичної й правової культури батьків, дозволяють ознайомити їх з міжнародними й вітчизняними законодавчими актами у галузі прав людини, ознайомити із проблемою сучасного рабства.

Здійснення соціальної профілактичної діяльності щодо попередження торгівлі людьми у молодіжному середовищі має комплексний характер, ефективність її реалізації можлива лише за умови високого професіоналізму суб'єктів цієї діяльності, які діють з метою боротьби з даним асоціальним явищем, а також у взаємодії всіх міжнародних та вітчизняних громадських, державних та неурядових організацій.

Таким чином, аналіз змісту і напрямків роботи щодо запобігання торгівлі людьми, яка проводиться в навчальних закладах дозволяє визначити її складові: достатньо високий рівень кваліфікації фахівців, які

відповідають за організацію та проведення такої роботи; науково-методична діяльність, спрямована на формування методичного та інформаційного забезпечення профілактичної роботи серед учнів; підготовка інформаційних матеріалів та використання традиційних і інноваційних технологій навчання безпечної поведінки у ситуації ризику; інформаційно-просвітницька робота з учнями; організація просвітницької роботи з батьками учнів; співпраця з громадськими організаціями.

Список використаної літератури

1 Гревцов А. Г. Тренинг общения для подростков / А. Г. Гревцов. – СПб. : Питер, 2009. – 160 с. **2. Запобігання** торгівлі людьми та експлуатації дітей: навчально-методичний посібник / К. Б. Левченко, О. А. Удалова, І. М. Трубавіна та ін.; За заг.ред. К. Б. Левченко та О. А. Удалової. – К. : Міленіум, 2005. – 210 с. **3. Соціальна** профілактика торгівлі людьми: керівництво [навч. посіб. за ред. К. Б. Левченко, І. М. Трубавіної]. – К. : ТОВ «Агентство «Україна», 2007. – 352 с. **4. Соціальна** робота в Україні : навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, О. І. Янкович та ін.]; за ред. І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. – К. : УДЦССМ, 2000. – 233 с. **5. Трубавіна І. М.** Концепція «допомоги для самопомоги» в соціальній роботі в Україні / І. М. Трубавіна // Соціальна робота в Україні : теорія та практика. – 2003. – № 2. – С. 44-51. **6. Социальная** работа по предупреждению торговли людьми и оказания помощи потерпевшим / К. Б. Левченко, И. Н. Трубавина, Т. О. Дорошок и др. – К. : Украинский институт социальных исследований, 2001. – 198 с. **7. Соціальна** робота з дітьми та молоддю : проблеми, пошуки, перспективи / за заг. Ред. І. М. Пінчук, С. В. Толстоухової. – К. : УДЦССМ, 2000. – 347 с.

Лаврова М. О. Соціальна профілактична робота з попередження торгівлі людьми у молодіжному середовищі

У статті визначена сутнісна характеристика соціальної профілактичної роботи з попередження й подолання такого соціального явища як торгівля людьми; охарактеризовані зміст, форми та методи первинної, вторинної і третинної профілактики запобігання торгівлі людьми; виокремлено основні завдання і напрями превентивної роботи з учнівською молоддю ті їх батьками.

Ключові слова: торгівля людьми, соціальна профілактична робота, концепція „допомоги для самопомоги”, первинна соціальна профілактика торгівлі людьми, вторинна соціальна профілактика торгівлі людьми, третинна соціальна профілактика торгівлі людьми, тренінг, інтерактивний театр.

Лавровая М. А. Социальная профилактическая работа по предупреждению торговли людьми в молодежной среде

В статті определена суттєва характеристика соціальної профілактичної роботи по попередженню і подоланню такого соціального явлення як торгівля людьми; охарактеризовані форми і методи первичної, вторичної і третичної профілактики по попередженню торгівлі людьми; виділені основні задачі і напрямлення превентивної роботи з ученицькою молодіжжю і їх родителами.

Ключевые слова: торгівля людьми, соціальна профілактична робота, концепція „допомога для самопомоци”, первична соціальна профілактика торгівлі людьми, вторична соціальна профілактика торгівлі людьми, третична соціальна профілактика торгівлі людьми, тренінг, інтерактивний театр.

Laurel M. Social prophylaxis work on warning of trading in people in a youth environment

In the article were outlined the essential characteristics of social preventive work and overcome this social phenomenon as human trafficking, were described the content, forms and methods of primary, secondary and tertiary prevention of trafficking prophylaxy, singled out the main objectives and directions of preventive work with pupils are their parents.

Key words: trafficking, social prevention activities, concept „help for self-help”, primary social prevention of trafficking, secondary social prevention of trafficking, tertiary social prevention of trafficking, training, interactive theater.

УДК [364-78:004.738.5-042.72]-053.6

Ю. Л. Осмоловська

ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ ПІДЛІТКІВ

Комп'ютерні мережі, як вид телекомунікації – принципово новий пласт соціальної реальності. Найбільш широке поширення, у наш час, отримала комп'ютерна мережа Інтернет, так само відома під назвою „Всесвітня павутина”. Більше не потрібно ходити в кінотеатр, на концерт улюбленої групи, засиджуватися у бібліотеці, обтяжувати себе походами по магазинах, всю необхідну Вам інформацію можна отримати, не відходячи від екрану монітора. Актуальною проблемою сьогодення є Інтернет - залежність.

До „цифрового покоління” відносять вже тих, хто народжений після 1980 року. Вітчизняні соціологи фонду „Громадська думка” до „цифрового покоління” або „Інтернет-покоління” зараховують народжених в період 1983-1992 рр. [1, с. 76].

На думку експертів, ці діти вже підросли і незабаром змінять навколишній світ – економіку, політику, культуру і навіть сімейне життя у відповідності зі своїми бажаннями. Питання про вплив Інтернет-технології на молодих користувачів, які не досягли повноліття, дітей (до 12 років включно) та підлітків (від 13 до 17 років) – один з найважливіших на сучасному етапі розвитку досліджень процесів комунікації в Мережі.

Сучасний етап розвитку світового співтовариства характеризується все більшим впливом електронних ЗМІ, Інтернету та нових телекомунікаційних технологій. Формування особистості дітей та підлітків відбувається в конвергентному просторі – на стику віртуального світу і реальності. Те, як раніше підлітки соціалізувалися, підтверджуючи свою унікальність особливим одягом, манерами, сленгом, причетністю до субкультурних спільнотам, сьогодні неможливо без Інтернет-комунікації в блогах, соціальних мережах, мережевих іграх, сервісах миттєвих соціалізацій та ін. Крім нових інструментів соціалізації і творчості з розвитком мережевих технологій позначилися і нові специфічні загрози та ризики безпеки дітей і підлітків [4].

Саме тому, метою даної статті є обґрунтувати і визначити сутність і змісту технологій профілактики Інтернет-залежності підлітків.

Інтернет так стрімко вторгається в наше життя. З кожним роком віковий діапазон користувачів розширюється. Комп'ютер перестав бути предметом розкоші, а став для багатьох предметом першої необхідності. У міру зміни життя людей з'явилися і серйозні проблеми: надзвичайно швидко поширюється комп'ютерна залежність. Одним з найвідоміших експертів з цієї проблеми стала психолог з Пітсбургського університету (США) Кімберлі Янг.

У 1994 році Кімберлі Янг розробила і опублікувала результати своїх досліджень в книзі „Спіймані в мережі”. Незабаром вона одержала майже 500 відповідей, з яких близько 400 були відправлені, відповідно до обраного критерію, Інтернет-залежними користувачами [3, с. 36-43].

Термін „залежність” (addiction) був запозичений з лексики психіатрів для полегшення ідентифікації проблеми Інтернету шляхом асоціації її з характерними соціальними та психологічними проблемами. Всього може спостерігатися від 1 до 10 симптомів, в які входять надмірний час, що проводиться в мережі, що збільшує занепокоєння при знаходженні в реальному світі, брехня або переховування кількості часу, проведеного в кіберпросторі або ж мляве функціонування в реальному світі. Частково це доводить, що зловживання Інтернетом веде до соціальної ізоляції, що збільшується депресії, розпаду сім'ї, невдач у навчанні, фінансовому неблагополуччю і до втрати роботи [5].

Інтернет-залежність (Internet addiction) визначається як „нехімічна залежність від користування Інтернетом” (Griffits, 1996). Поведінково Інтернет-залежність виявляється в тому, що люди настільки віддають перевагу життю в Інтернеті, що фактично починають

відмовлятися від свого „реального” життя, проводячи до 18 годин на день у віртуальній реальності. Інше визначення Інтернет -залежності – це „нав’язливе бажання увійти до Інтернету, перебуваючи off-line, і нездатність вийти з Інтернет, будучи on- line” [5].

У 1995 році Іван Голдберг запропонував термін „Інтернет-залежність” для опису нездоланої тяги до використання Інтернету. По Голдбергу, це розлад, „що здійснює пагубний вплив на побутову, навчальну, соціальну, робочу, сімейну, фінансову чи психологічну сфери діяльності”. Оскільки в основі такого розладу лежить прагнення до відходу від реальності, воно порівняно з патологічним потягом при алкоголізмі, наркоманії, потягу до азартних ігор [4].

На думку експертів, найбільше від Інтернет-залежності потерпають підлітки та юнацтва. За даними соціологічних опитувань, щонайменше 4,4 мільйона тінейджерів більшою або меншою мірою страждають від надмірного захоплення комп’ютером та Інтернетом.

За даними лікарів психологічних центрів, всі пацієнти клінік мають хімічний дисбаланс мозкової діяльності. Під час перебування в Інтернеті або під час комп’ютерних ігор мозок продукує органічний компонент 5-НТ, який передає відчуття ейфорії або депресії по всьому тілу. Коли цього компонента занадто багато, людині може здаватися, що вона не потребує ні їжі, ні відпочинку.

Занурюючись у віртуальне життя, особистість втрачає здатність адекватно сприймати те, що в ньому відбувається. Специфіка мережі Інтернет полягає у наданні особистості можливості повноцінного спілкування за умов цілковитої анонімності. Але мережне спілкування лише створює ілюзію справжніх взаємовідносин. Наслідком зануреності особистості у віртуальні відносини є розмивання просторово-часових меж, що характеризуються неспроможністю суб’єкта відокремити події реального життя від того, що відбувається у віртуальному світі.

Н. А. Носов назвав це залежністю за принципом „меланжевої нитки”, коли одна реальність уплітається в іншу, поступово витісняючи стару. Наслідком цього є неможливість особистості продуктивно функціонувати в реальному житті через некритичне ставлення суб’єкта до кіберсередовища. Навіть поза межами віртуального світу Інтернет-залежних користувачів не полишають думки про мережне життя, які підсилюються очікуванням чергового виходу у всесвітню мережу та стають головним предметом їх мрій і фантазій.

Отже, вплив Інтернету на особистість має специфічні наслідки, особливо в підлітковому віці. Надмірна захопленість молоді людини кіберсередовищем може призвести до Інтернет-адикції, внаслідок якої відбувається знецінення реальності, змінення системи цінностей, мрій та прагнень, що в свою чергу, позначається на процесі життєвого планування. Великої уваги вимагають до себе ті підлітки, чий відхід від реальності поки що не знайшов свого яскравого вираження, хто лише починає засвоювати адиктивні патерни поведінки у важких зіткненнях з

вимогами середовища, хто потенційно може виявитися залученим в різні види адиктивної реалізації [4].

Проблема Інтернет-залежності останнім часом хвилює представників багатьох професій. Про Інтернет-залежність кажуть психологи, обурені педагоги і батьки, забуті чоловіки та дружини. Дослідники Інтернету, вчені і засоби масової інформації говорять і пишуть про це негативне явище, яке виникло при проникненні Інтернету в повсякденне життя. Інтернет-залежність визначається психологами як нав'язливе бажання вийти в Мережу і довше там залишатися [5].

Потрапляючи в Мережу, людина проходить як мінімум п'ять стадій спілкування з віртуальним світом. На першій стадії новачок тільки намагається чогось навчитися. На другій – людина, вже знайома з Мережею, використовує її для роботи і для розваги. Третя, найстрашніша стадія, – це коли Інтернет стає всім, весь час витрачається на віртуальне життя, якому підпорядковано все в житті реальному. На четвертій стадії настає розчарування і тимчасове повернення в справжній світ. П'ята – найгармонічніша стадія, коли користувач пройшов всі етапи відносин з Інтернетом і помірно, і розумно використовує його можливості в роботі і повсякденному житті. На жаль, деякі користувачі, залишившись на третій стадії, стають Інтернет-залежними [4].

Вплив Інтернету на особистість має специфічні наслідки, особливо в підлітковому віці. Підлітковий вік – це один з найважливіших етапів життя людини. В ньому багато джерел і починань всього подальшого становлення особистості. Вік цей нестабільний, ранимий, важкий і виявляється, що він більше, ніж інші періоди життя, залежить від реальностей довкілля.

Якщо порівнювати Інтернет-залежність з іншими видами залежностей, то можна виявити достатнє число спільних рис. Більшість терапевтів зійшлися в думці, що не Інтернет робить людину залежною, а людина, схильна до залежності, знаходить діяльність, яка і стає об'єктом залежності. Ряд авторів вважає, що існує так званий залежний тип особистості і люди маючи такі риси потрапляють в групу ризику. Цими рисами є крайня несамостійність, не вміння відмовити, сказати „ні” через страх бути відкинутим іншими людьми, ранимість критикою або несхваленням, не бажання брати на себе відповідальність і приймати рішення, і як наслідок сильне підпорядкування значимим людям; все це характеризує пасивну життєву позицію, коли людина відмовляється першим вступати в контакт з оточуючими і самостійно приймати рішення [3, с. 193].

Існує думка, що Інтернет - залежність це не офіційний діагноз, що вона швидше є симптомом інших серйозних проблем в житті особистості (наприклад, депресія, труднощі в спілкуванні і т.д.). А якщо врахувати, що підлітковий вік найбільш схильний різного роду відхилення в поведінці, то можна зробити висновок, що формування залежності від Інтернету найбільш ймовірно у підлітків, а також можна

констатувати, що вона буде надавати руйнівний вплив на особистість дитини. Таким чином, психологічні механізми впливу інформаційних технологій на людину повинні стати предметом ретельного аналізу.

Отже, на сьогоднішній день Інтернет - залежність не визнається особливим захворюванням. Не існує психологічного чи психіатричного діагнозу: „Інтернет-залежність”. У порівнянні із залежностями від алкоголю і наркотиків, залежність від Інтернету в меншій мірі шкодить здоров'ю людини, не руйнує його мозок, і, здавалося б, достатня безпечна. Але, як відзначає К. Янг, залежність від Мережі визначається, насамперед, „сумою втрат в істотних сторонах буття”. Іноді надмірне захоплення Інтернетом дійсно стає причиною серйозних проблем. Нездатність контролювати перебування у віртуальних світах може викликати звільнення з роботи, виключення з вузу чи розлучення, а то й самогубство. Найбільш руйнівню Інтернет - залежність виявляється для сімейних відносин, тому що в залежної людини починають з'являтися нові он-лайн знайомі. Хоча сучасні психологи і психіатри не прийшли до єдиної думки про те, чи існує Інтернет - залежність, як відзначає психолог Дж. Сулер, „коли ваше реальне життя відділене від життя в кіберпросторі - це проблема. Правильніше, коли обидва ці життя об'єднані і складають єдине ціле” [3].

Інтернет-залежний підліток – це вже не та гармонійна особистість, а особистість вже адиктивна. По-перше, для адиктив характерна зміна адиктивної реалізації. Сьогодні він – Інтернет-залежний, завтра – аматорський адикт, після завтра – патологічний гравець, а трохи згодом - він пішов у наркотики або алкоголізм. По-друге, небезпека полягає в тому, що дуже часто, рано чи пізно, адиктивні особистості стають соціально дезадаптованими [5].

Інтернет-залежність – це глобальна проблема сьогодення. Тому це визвало в мене цікавість провести дослідження на виявлення Інтернет-залежності у групи підлітків. Констатуючий експеримент мого дослідження був пов'язаний з вирішенням такого завдання: виділити серед сукупності факторів Інтернет-залежності й оцінити вплив на підлітків. Для проведення діагностики Інтернет-залежності підлітків я скористалась методиками анкетування та тестування Кімберлі Янг та Олексія Єгорова . Більшість досліджуваних мають низький (61,6 %) і середній (33,9 %) рівень Інтернет - залежності, тобто їх поведінка в даній сфері є нормальною. У загальній сукупності досліджуваних висока Інтернет-залежність виявлена у 4 підлітків із 47 досліджуваних. Більш залежними від Мережі стають діти і підлітки, які мають нестабільні і конфліктні сімейні або шкільні стосунки, не мають серйозних захоплень. Саме такі діти знаходять у віртуальному світі віддушину і вважають, що їх перебування в Інтернеті є достатніми для самоствердження в особистому житті.

Дослідження тільки підтвердило актуальність впровадження нових технологій соціальної роботи в даному напрямку, оскільки Інтернет-адикція на сьогодні є проблемою всього людства.

Надмірне захоплення комп'ютером поступово підриває фізичне та інтелектуальне здоров'я, руйнує нервову систему і в результаті робить підлітка залежним від комп'ютера.

Крім того, не варто забувати, в підлітковому віці все сприймається в глобальному сенсі. Всі проблеми, відносини з однолітками, батьками, вчителями та іншими людьми підліток сприймає „близько до серця”. Тим самим погані відносини з оточуючими підштовхують підлітка до Інтернету для розслаблення, відходу від реальності, що робить його ще більше залежним.

В цьому віці якраз складається уявлення про моральність, що є гарним, що поганим, а під впливом інформаційного потоку з комп'ютера і телевізора всі уявлення про це можуть значно спотворитися.

Все вище сказане змушує задуматися над тим, чим займається підліток у вільний час. Від цього залежить його подальше формування особистісних якостей, потреб, ціннісних орієнтацій, відносин з батьками, однолітками та іншими людьми. Підлітки у взаємодії з Інтернетом являють собою найбільш вразливу групу, оскільки в силу свого віку вони не в змозі відібрати необхідну для себе інформацію, яка подається з Інтернету чи телевізору, вони „вбирають в себе як губка” все потрібне і непотрібне, гарне і погане з комп'ютерних моніторів. Виховання комп'ютерної культури це найпростіші та найдешевші „ліки” від Інтернет - залежності.

Таким чином, з кожним роком віковий діапазон користувачів Інтернету розширюється. Комп'ютер перестав бути предметом розкоші, а став для багатьох предметом першої необхідності. У міру зміни життя людей з'явилися і серйозні проблеми: надзвичайно швидко поширюється комп'ютерна залежність.

Надмірна захопленість молодої людини кіберсередовищем може призвести до інтернет-адикції, внаслідок якої відбувається знецінення реальності, змінення системи цінностей, мрій та прагнень, що в свою чергу, позначається на процесі життєвого планування.

Вплив Інтернету на особистість має специфічні наслідки, особливо в підлітковому віці. Адже, підлітковий вік – це вік нестабільний, ранимий, важкий і виявляється, що він більше, ніж інші періоди життя, залежить від реальностей довкілля [2].

Констатууючий експеримент щодо діагностики Інтернет-залежності підлітків підтвердив актуальність впровадження нових технологій соціальної роботи в даному напрямку, оскільки Інтернет-адикція – це глобальна проблема сьогодення.

Список використаної літератури

1. **Войскунський А. Є.** Залежність від Інтернету: актуальна проблема / А. Є. Войскунський // Світ Інтернету. – 2000. – № 3. – С. 76–81. 2. **Янг К. С.** Діагноз – Інтернет-залежність / К. С. Янг // Мир Інтернету. – 2000. – № 2. – С. 36 – 43. 3. **Смагін С. Ф.** Аддикція, адиктивна поведінка / С. Ф. Смагін – СПб. : МІПУ, 2000. 4. **Інтернет-залежність** в підлітковому віці. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://xreferat.ru/77/4194-1-internet-zavisimost-v-podrostkovom-vozraste.html>. 5. **Феномен** Інтернет-залежності. Профілактика Інтернет-залежності у дітей і підлітків, [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/fenomen-internet-zavisimosti-profilaktika-internet-zavisimosti-u-detey-i>.

Осмоловська Ю. Л. Технології профілактики інтернет-залежності підлітків

Дана стаття розглядає найактуальнішу проблему людства – Інтернет-залежність підлітків. Аналізується зміст та причини, також методи технологій профілактики Інтернет-залежності у підлітковому віці.

Ключові слова: підлітковий вік, інтернет-залежність, інтернет-залежний підліток.

Осмоловская Ю. Л. Технологии профилактики интернет-зависимости подростков

Данная статья рассматривает актуальную проблему человечества - Интернет-зависимость подростков. Анализируется содержание и причины, также методы технологий профилактики Интернет-зависимости в подростковом возрасте.

Ключевые слова: подростковый возраст, интернет-зависимость, интернет-зависимый подросток.

Osmolovska Y. Preventions technologies of Internet addiction of teenagers

This article were examined the actual problem of humanity, there was Internet-addiction of teenagers. There were analyzed of the content and reasons also methods of preventions technologies of Internet addiction in adolescence.

Key words: adolescence, internet-addiction, internet addict teenager.

УДК 364-78:004.738.5-042.72

А. С. Савченко

**ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ
ПРОФІЛАКТИКИ З ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ**

Удосконалення інформаційних технологій створює умови для ефективного розвитку сучасного суспільства. Комунікаційні засоби, ставши невід'ємною частиною життя людей, проникли у всі сфери їхньої діяльності. Мобільні телефони, комунікатори, комп'ютери і глобальна мережа – інтернет, розширивши комунікаційні, просторові і часові мережі, відкрили нові можливості для спілкування, освіти, роботи, відпочинку та творчої самореалізації особистості.

Незважаючи на безумовну позитивну роль, яка надається людині сучасними комунікаційними засобами та інтернетом, існують певні ризики використання інформаційних технологій.

Ученими доведено, що здоров'я лише в 7-8% випадків залежить від охорони здоров'я, більше ж ніж наполовину – від способу життя людей. За матеріалами Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, здоров'я населення визначається в основному:

- способом життя на 50%;
- несприятливим впливом середовища проживання до 20% сукупності факторів;
- спадковістю 20%;
- якістю медико-санітарної допомоги 10% [5, с. 141].

Для більшості людей Інтернет є способом життя і безпосередньо впливає на психологічне і фізичне здоров'я людини. В Інтернеті може знаходитися інформація агресивного і соціально небезпечного змісту. Перевага віртуального світу реальності здатна зробити негативний вплив на психіку і здоров'я людини і викликати не тільки погіршення зору, підвищену тривожність, дратівливість, соціальну дезадаптацію, але і розвиток залежної поведінки.

Актуальність даної проблематики очевидна, так як збільшуються ризики впливу Інтернету на психологічне і фізичне здоров'я людей.

Інтернет як причина формування девіантної поведінки, зокрема її виду – адекватної поведінки досліджений вченими А. Ю. Єгоровим, А. В. Котляровим, Г. В. Старшенбаумом.

Фактори та прояви Інтернет-залежності як психологічного захворювання розкривається у працях А. Є. Войскунського, М. С. Іванового, С. Фішер.

Форми та методи соціальної профілактики Інтернет-залежності розглядається вченими Н. А. Цой, С. Д. Максименко, М. Л. Чепи, С. І. Більтівець.

Мета – розглянути використання технологій соціальної профілактики з Інтернет-залежності.

Світ, що створюється комп'ютером, називається віртуальною реальністю. Враховуючи, що наша нервова система не в змозі відрізнити справжню реальну ситуацію від уявної, для невротиків віртуальна реальність комп'ютера - це заміна справжньої реальності, як „осмисленої частини світу” на нову реальність, яка краще справжньої. Вона дозволяє

розвиватися суб'єктивно приємним емоційним станам, штучно змінюючи „настрій духу” [2].

На підставі спостереження за людьми можна виділити залежність від віртуальної реальності персонального комп'ютера „ізолюваного” (пов'язану найчастіше з комп'ютерними іграми) - „віртуальну аддикцію”, і залежність від мереж Інтернет – „Інтернет - залежність” [6, с. 509-539].

Термін „інтернет-залежність” був запропонований І. Голдбергом для опису непереборного бажання користуватися Інтернетом. Останнім часом також придбав популярність термін „патологічне використання комп'ютера”, який вживається для ідентифікації ситуацій, де комп'ютер використовується для отримання інформації, далеко виходить за межі професійних інтересів, а термін „інтернет-залежність” позначає патологічне використання комп'ютера для залучення в соціальні взаємодії.

Патологічний потяг до віртуальної реальності належить до групи психічних розладів. Основним діагностичним критерієм даного захворювання є постійна надмірна захопленість віртуальною реальністю, яка триває й часто посилюється, незважаючи на соціальні наслідки [3].

Адиктивний потенціал, який міститься в комп'ютерній залежності, проявляється як: надмірна захопленість роботою в інтернеті - власне пошуком інформації, хвороблива залежність від відеоігор, поглинання спілкуванням з друзями по мережі.

До психологічних факторів, що сприяють розвитку віртуальної адикції слід віднести також привабливість переживань, вироблення гедоністичної установки (отримання задоволення за будь-яку ціну), реакції імітації, компенсації, групування (наприклад, при користуванні чатів Інтернету), хобі-реакція. Особливо слід відзначити інформативно – комунікативне хобі – жага постійного отримання нової легкої інформації, яка не потребує ніякої критичної інтелектуальної обробки, а також потреба в безлічі поверхневих контактів, що дозволяють цією інформацією обмінюватися.

Особливої небезпеки в незахищеному інформаційному просторі піддаються діти. Учені виділили такі симптоми інтернет-залежності у дітей:

I. Психологічні симптоми:

- гарне самопочуття та відчуття ейфорії під час роботи за комп'ютером;
- збільшення часу проведення в Інтернеті;
- зневага родини та друзів;
- виникнення почуття тривоги, роздратованості під час перебування в Інтернеті;
- брехня рідним про свою діяльність;
- проблеми в навчанні;

II. Фізичні симптоми:

- біль в кистях руки (через довготривале перенапруження м'язів);
- сухість в очах;
- головний біль;
- біль у спині;
- нерегулярне харчування;
- зневага особистою гігієною;
- порушення режиму сну [4].

Для боротьби з даним захворюванням спеціалісти соціальної роботи у системі охорони здоров'я застосовують різні методи профілактики інтернет-залежності. На сучасному етапі розвитку сфери надання допомоги інтернет-залежним користувачам у практиці соціально-медичної роботи можна виділити три напрями, що відповідають рівню попереджувальних заходів: найбільш поширені індивідуальний, міжособистісний і поступово розвивається громадський [7].

Індивідуальна профілактика включає в себе систему соціально-психологічних, медичних заходів реагування на проблему інтернет-залежності, спрямованих безпосередньо на інтернет-залежного. Більшість дослідників вказують на ефективність застосування поведінкових стратегій, когнітивно-біхевіоральної терапії в лікуванні інтернет-залежності.

На міжособистісному рівні профілактики інтернет-залежності способи впливу соціально-психологічного характеру спрямовані на соціальне оточення інтернет-залежного. Як правило, рекомендується сімейна терапія. За аналогією з алкогольною та наркотичною залежностями робляться спроби лікування інтернет-залежності за допомогою програми „12-кроків”, груп взаємодопомоги, послуги яких представлені і в мережі (віртуальні клініки, консультативні центри).

Громадська профілактика інтернет-залежності включає соціальні, виховні заходи, що проводяться соціальними працівниками у співпраці з державними інститутами та громадськими організаціями з метою дослідження впливу Інтернету на різні сфери життєдіяльності та всебічного інформування громадян про можливі ризики Інтернет-користування, виховання інформаційної культури (соціальна реклама, відеолекторії, тренінги, лекції).

Виділено два види профілактики, існуючих на даному етапі розвитку досліджень феномена інтернет-залежності: первинна і вторинна [7].

Первинна профілактика включає в себе систему заходів попередження виникнення і впливу факторів ризику розвитку інтернет-залежності. Заходи здійснюються як на міжособистісному рівні, так і в масштабах держави, спрямовані на групи ризику і на всю громадськість з метою інформування про причини, прояви, наслідки інтернет-залежності

поведінки, механізми впливу мережі на особистість, формування інформаційної культури, теоретичної та методичної підготовки педагогів, батьків і підростаючого покоління.

Вторинна профілактика полягає у системі заходів, спрямованих на роботу з наслідками і усунення факторів ризику, головним чином, на індивідуальному та міжособистісному рівні. Методами вторинної профілактики можуть бути: психологічні консультації, терапія, допомога в соціально-психологічній адаптації і т. д.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу літератури, можна зробити такі висновки:

– по-перше, інтернет-залежність – це психологічне захворювання, яке включає в собі постійну надмірну захопленість віртуальною реальністю;

– по-друге, появами інтернет-залежності є психологічні (гарне самопочуття та відчуття ейфорії під час роботи за комп'ютером, збільшення часу проведення в Інтернеті, зневага родини та друзів, виникнення почуття тривоги, роздратованості під час не перебування в Інтернеті, брехня рідним про свою діяльність, проблеми в навчанні) та фізичні (біль в кистях руки, сухість в очах, головний біль, біль у спині, нерегулярне харчування, зневага особистою гігієною, порушення режиму сну) симптоми;

– по-третє, спеціалісти соціально-медичної сфери використовують такі види соціальної профілактики, як: індивідуальна, міжособистісна, громадська. Також розрізняють первинну і вторинну профілактику інтернет-залежності.

Список використаної літератури

1. Войскунский А. Є. Актуальні проблеми психології залежності від Інтернету / А. Є. Войскунский // Психологічний журнал – 2004 – № 1. – С. 90-100. **2. Іванов М. С.** Психологія комп'ютерної гри як проблема інтегральної психології особистості / М. С. Іванов. – М., 2004. – 432 с. **3. Комер Р.** Патопсихологія поведінки, порушення та патології психіки / Пер. з англ. Л. А. Чернишевої. – Мінськ : Колегіум, 2002 — 253 с. **4. Максименко С. Д.** Психологічне здоров'я дітей / С. Д. Максименко. – К. : „Шкільний світ”, 2002. – 234 с. **5. Тен. О. Є.** Основи медичних знань [Текст] : підручник / О. Є. Тен. – М. : Майстерність, 2002. – 256 с. **6. Фишер С.** Исследование распространенности игорного бизнеса и азартных игр в Британии / С. Фишер // Исследования Наркомании. – 1999. – № 6, декабрь. – С. 509-539. **7. Цой Н. А.** Социальные факторы феномена интернет-зависимости / Н. А. Цой – Автореф. дисс. ... канд. социол. наук. – Владивосток, 2012. – 40 с.

Савченко А. С. Використання технологій соціальної профілактики з інтернет-залежності

У статті розглядається феномен інтернет-залежності, як психологічного захворювання; аналізуються прояви залежності та наслідки використання Інтернету; характеризуються методи, види та форми соціальної профілактики інтернет-залежності.

Ключові слова: віртуальна реальність, інтернет-залежність, комп'ютерна залежність, симптоми інтернет-залежності, соціальна профілактика інтернет-залежності.

Савченко А. С. Использование технологий социальной профилактики интернет-зависимости

В статье рассматривается феномен интернет-зависимости, как психического заболевания; анализируются проявления зависимости и последствия использования интернета; характеризуются методы, виды и формы социальной профилактики интернет-зависимости.

Ключевые слова: виртуальная реальность, интернет-зависимость, компьютерная зависимость, симптомы интернет-зависимости, социальная профилактика интернет-зависимости.

Savchenko A. Using social prevention technologies with Internet addiction

The article discusses the phenomenon of Internet addiction as a mental illness, according to analyzes manifestations and consequences of Internet use; characterized methods, types and forms of social prevention of Internet addiction.

Key words: virtual Reality, Internet addiction, computer addiction, symptoms of Internet addiction, social pofilaktika Internet addiction.

УДК 364.63-027.553-053.2/.5

А. О. Тараненко

СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ В СІМ'Ї В ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ УКРАЇНИ

Питання подолання сімейного насильства, а особливо жорстокого поведіння з дітьми у сім'ї за допомогою соціальних працівників надзвичайно важливі, передусім тому, що сім'я є основою суспільства і повинна перебувати під особливим захистом держави. Насильство й жорстокість у сім'ї не лише руйнують гармонію і злагоду в ній, а й виступають однією з передумов виникнення соціального сирітства.

У сучасній соціально-педагогічній літературі спостерігається розвиток проблеми соціального захисту дитинства в Україні, у тому числі і від жорстокого поведіння, вітчизняних і зарубіжних концепцій

соціалізації особистості, існуючих умов захисту дитинства на державному, регіональному і місцевому рівнях. До сучасних українських дослідників, які займаються попередженням жорстокого поводження з дітьми можна віднести: З. Білоусову, В. Бондаровську, Г. Голованову, І. Звереву, Л. Коваль, Л. Міщик, А. Мудрика, С. Хлебик, О. Черепанову та ін.; розробленістю технологічного аспекту проблеми займалися М. Галагузова, А. Капська, Н. Краснова, Г. Лактіонова, С. Харченко та інші науковці. В останні роки в Україні ведеться певна робота щодо запобігання насильства в сім'ї по відношенню до дітей. Існує адаптований вітчизняний і закордонний досвід соціально-педагогічної профілактики насильства в сім'ї. Але допомогу дітям, які зазнали насильства в сім'ї, надають фрагментарно і майже виключно у великих містах. Соціальні працівники повинні вже зараз ініціювати роботу із захисту дітей від насильства. Послідовні й продумані дії спеціалістів із соціальної роботи змінюють практику роботи служб і установ соціальної сфери на місцях стосовно поліпшення захисту дитини від насильства. Соціальні служби в Україні вже накопичили певний досвід профілактичної роботи запобігання насильства над дітьми у сім'ї, який потребує свого вивчення і систематизації.

Таким чином, проблема жорстокого поводження з дітьми у сім'ї та його попередження є досить актуальним. Сьогодні існує невідкладне питання її вирішення на державному і науковому рівнях, що і зумовило вибір *теми нашої статті* – здійснити аналіз та теоретично обґрунтувати систему соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми в сім'ї в діяльності соціальних служб України.

Переходячи до загальної характеристики та обґрунтування системи соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми у сім'ї в діяльності соціальних служб України, на наш погляд, необхідно перш за все з'ясувати сутність поняття „профілактика” та зміст видів профілактичної роботи.

У педагогічному словнику знаходимо, що „профілактика” – це „сукупність заходів, спрямованих на попередження чи подолання соціальних, психологічних та інших умов, які можуть стати причиною негативної поведінки” (у тому числі й прояву жорстокого поводження із дітьми – авт.) [4, с. 91].

Соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї в Україні, виходячи з мети та принципів її здійснення, буде здійснюватися ефективно, якщо буде ґрунтуватися на концепції „допомоги для самопомоги”.

„Допомога для самопомоги” інтегрує в собі багато сучасних наукових теорій і концепцій соціальної роботи. Вона розглядає людину як суб'єкт, а не об'єкт соціальної роботи, що означає формування в неї відповідальності за своє життя, свій вибір, уміння свідомо користуватися своїми правами на основі знання про них. Саме вміння реалізовувати, захищати і втілювати свої людські права і права члена сім'ї у родині

можна визначити як життєві вміння та навички. До них належать: комунікативні вміння, вміння критичного мислення і прийняття рішень, вміння управляти собою та оточуючими. Володіння життєвими вміннями є результатом засвоєння прав людини, показником життєвої компетентності за умови, що молода особа хоче ними користуватися, розуміє їх доцільність та необхідність. Ця ідея відповідає завданню розбудови громадянського суспільства. Тому ключовим моментом і початком роботи на основі „допомоги для самопомоги” є опора на бажання (чи його стимулювання) дітей та батьків керувати своїм життям, запобігти небажаним впливам та обману. Сьогодні ж більшість дітей, молоді, батьків чули про насильство в сім’ї, але вважають, що з ними такого не може трапитися, розглядають жорстокого поводження лише як биття, а знань і вмінь розв’язувати подібні ситуації вони не мають. Саме це спонукає соціальних працівників створювати соціальні умови для захисту прав, свобод та інтересів дітей, їх всебічного розвитку, задоволення їх культурних і духовних потреб. У „допомозі для самопомоги” це означає:

- вивчення особливостей і проблем дітей, які потерпають від жорстокого поводження та насильників в аспекті запобігання насильству в сім’ї;

- формування позитивної мотивації у людей до сприйняття соціальних послуг та стимулювання батьків та дітей до засвоєння інформації щодо протидії жорстокому поводженню в сім’ї;

- встановлення контакту з дітьми, які потерпають від жорстокого поводження та членами їх сімей, надання їм соціальної допомоги, тобто такого комплексу соціальних послуг, який сприяє не тільки відмові від жорстокого поводження, але й підвищенню їх соціального статусу, їх особистому розвитку на основі оволодіння знаннями про свої права, навчання вмінню ними користуватися та їх відстоювати, створення умов для їх реалізації, використовуючи при необхідності, соціальну опіку і підтримку, соціальний менеджмент. Наслідком такої допомоги також можуть бути: знання, що запобігають жорстокому поводженню з дітьми у сім’ї, вміння і навички щодо критичної оцінки, прийняття рішення управління собою в ситуаціях, що можуть призвести до насильства, негативне ставлення до жорстокості;

- спрямування дітей до самопомоги в напрямку запобігання жорстокого поводження з ними через надання інформаційних послуг про установи та організації, які вирішують такі проблеми;

- розвиток волонтерського руху, студентських соціальних служб, підтримку недержавних організацій, які займаються профілактикою жорстокого поводження з дітьми у сім’ї [3, с. 6].

Таким чином, соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім’ї має на меті: здійснення інформаційно-пропагандистської роботи з метою формування поняття „жорстокого поводження з дітьми у сім’ї”, „сімейне насильство”; формування правосвідомості і правової

поведінки, відповідальності за своє життя поряд з розвитком її активності, самостійності, творчості, створення умов для її самореалізації.

Ці завдання соціальної профілактики реалізуються у світлі „допомоги для самопомоги” в таких напрямках соціальної роботи з дітьми:

- 1). соціальні дослідження з проблеми;
- 2). інформаційно-пропагандистська робота;
- 3). соціальне навчання батьків та дітей;
- 4). соціальна реклама послуг суб'єктів соціальної роботи;
- 5). правова освіта дітей і членів їх сімей з проблем жорстокого поводження сім'ї;
- 6). сприяння розвитку дитячих та молодіжних ініціатив, реалізації інтересів дітей та молоді;
- 7). організація волонтерського руху;
- 8). організація змістовно наповненого сімейного дозвілля і відпочинку, спрямованого на розвиток пізнавальних інтересів, зміцнення здоров'я, активності й ініціативи, згуртованості і позитивної взаємодії членів сім'ї.

Соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї може бути *первинною, вторинною і третинною*.

Первинна соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї – найбільш масова і неспецифічна. Її метою є формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю, що забезпечує реалізацію прав, задоволення потреб і інтересів. Соціальна робота тут носить інформаційний характер, оскільки спрямована на формування в особистості неприйняття та категоричну відмову від маніпуляцій. Об'єктом первинної соціальної профілактики є вся „нормальна” молодь, діти і члени їх сімей, її завданнями є:

- вдосконалення конструктивних стратегій поведінки життєвих умінь і навичок, які людина вже має, але не знає, як їх застосувати у незнайомій ситуації, що може призвести до насильства;
- навчання розпізнавати такі ситуації і керувати ними;
- збільшення потенціалу особистісних ресурсів людини (розвиток внутрішнього контролю поведінки, формування правосвідомості, розвиток активності).

Змістом первинної соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми у сім'ї, на основі викладеного, повинно бути:

- надання інформації про жорстоке поводження з дітьми у сім'ї батькам, дітям та педагогам;
- вивчення правових норм стосовно поведінки в реальних життєвих ситуаціях, які можуть призвести до жорстокого поводження з дітьми;
- показ зразків застосування життєвих умінь і навичок щодо спілкування, знайомства, відпочинку, вибору життєвого шляху,

розподілу сімейних обов'язків тощо;

- підтримка творчої, інтелектуальної, громадської, спортивної діяльності дітей, організація сімейного дозвілля.

Методами первинної соціальної профілактики є: інформування, приклад, переконання, навіювання, робота в громаді, мікросередовищі сім'ї [3, с. 10].

Вторинна соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї є, в основному, груповою. Метою вторинної соціальної профілактики є зміна мало адаптивної дисфункціональної ризикованої поведінки на адаптивну. Іншими словами, передбачає зміну ставлення до себе, оточуючих і навчання поведінки, формування досвіду поведінки в ситуаціях, що можуть призвести до потрапляння в ситуації насильства. Вторинна соціальна профілактика спрямована на дітей „груп ризику”. Це бездоглядні діти, діти з неблагополучних, неповних сімей, вихованці інтернатів. Сьогодні назріло питання про нове дослідження характеристик жертв жорстокого поводження у сім'ї.

Вторинна соціальна профілактика передбачає своєчасне виявлення таких осіб і надання їм соціальної підтримки і допомогу у напрямках:

- формування знань життєвих умінь і навичок, необхідних для самозахисту від насильників;

- формування поняття про установи та організації, які допомагають потерпілим від насильства, про способи потрапляння в ситуації насильства;

- зміна ставлення дитячої особистості до себе, свого місця у суспільстві, усвідомлення нею цінності свого життя і своєї ролі в ньому, а батьків до дитини як до суб'єкта власного життя.

Основними методами соціальної роботи є: вправи, вимоги, інформування, переконання, роз'яснення, драматизація, переклад, розв'язування ситуацій.

Формами, які реалізують ці методи, є: тренінги, цикли занять, вулична соціальна робота, соціологічні дослідження, батьківські лекторії, школи молодого подружжя, клуби для вихованок інтернатів тощо [3, с. 12].

Третинна соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї спрямована на інтеграцію в суспільство осіб, які потерпіли від жорстокого поводження, з тим, щоб надалі такого з ними більше не сталося. Третинна соціальна профілактика передбачає виявлення причин та особливостей поведінки і свідомості дитячої особистості, які призвели до виникнення проблеми, а також усунення цих причин через перенавчання дитини, підвищення її соціального статусу у майбутньому, підтримку влаштування в житті.

Третинна соціальна профілактика є індивідуальною й передбачає тривалу роботу і комплекс соціальних послуг. Здійснюється поряд із соціальною реабілітацією і соціальним супроводом, але має свою мету.

Вимагає об'єднання зусиль різних фахівців. Основними методами в третинній профілактиці є: робота в конкретному випадку, рефлексія ситуації та індивідуального розвитку, переключення і перенавчання, створення виховуючих ситуацій, показ перспективи, реконструкція характеру, заохочення, інформування, переконання, включення в різноманітні види діяльності і позитивно соціалізуюче середовище.

На основі викладеного можна зробити такі висновки щодо можливості використання концепції „допомоги для самопомоги” і соціальної профілактиці жорстокого поводження з дітьми у сім'ї: вона надає можливість застосовувати індивідуальний і диференційований підхід до дітей, надавати підтримку і соціальну допомогу різним категоріям дітей; враховує життєвий досвід, рівень сформованості життєвих умінь та навичок у дітей, спирається на їх бажання керувати своїм життям, формує відповідальність за себе, навчає користуватися своїми правами у суспільстві.

Чітко дозволяє визначити мету завдання, зміст, форми і методи роботи в залежності від особливостей дітей і їх батьків [3, с. 14].

Особливості використання „допомоги для самопомоги” щодо запобігання та боротьби з жорстоким поводженням з дітьми у сім'ї в Україні, пов'язані з:

- таємницею особистого життя, що ускладнює роботу з позашлюбними сім'ями;
- налагодження соціальних зв'язків сім'ї у мікросередовищі;
- відсутністю законодавчої обов'язкової просвіти для тих, хто застосовує жорстокість у своїй сім'ї;
- недоторканістю житла сім'ї, що ускладнює патронаж у роботі з сім'єю;
- необхідністю зміни моделі сімейного життя, виховання дітей у сім'ї, які закріплювалися роками, перебудовою сімейних стосунків і зміною ролей у сім'ї, що не завжди приймають усі члени сім'ї;
- необхідністю соціального навчання дорослих членів сім'ї в тій сфері, яка регулюється тільки законодавством і не залежить від громадської думки, при цьому дорослі будують свої стосунки на основі досвіду батьківської сім'ї, який є різним у кожного з членів подружжя, зразків сімей друзів, колег.

Саме ці особливості вимагають використання таких технологій соціальної профілактики, яким притаманні такі спільні ознаки:

- 1) суб'єкт-суб'єктні стосунки між соціальним працівником і членами сім'ї, які виявляються у:
 - рівності психологічних позицій учасників;
 - обопільної активності сторін, при якій кожна сторона відчуває вплив і саме впливає;
 - взаємному проникненню у світ відчуттів і переживань один одного, готовність прийняти точку зору іншої людини;
 - прагнення до співучасті, співпереживання, прийняття один

одного;

- активна взаємна гуманістична установка партнерів;
- спрямованість на формування самостійності людини у розв'язанні її різних проблем, формування сімейної культури через реалізацію принципу „виховуючого навчання” в соціальному навчанні, консультуванні (змістом і методами);

- спрямованість на формування життєвих умінь у поєднанні з повагою до іншої людини, врахування досвіду, бажань, ресурсів сім'ї.

Розкриємо, як застосувати ці технології у роботі з сім'ями для профілактики жорстокого поводження з дітьми у сім'ї.

У первинній соціальній профілактиці доцільно використовувати технологію „рівний – рівному”, критичного мислення; у вторинній соціальній профілактиці – особистісно-орієнтоване соціальне навчання, педагогічну підтримку, педагогіку співробітництва, „укріплення сім'ї”.

Технологія „рівний – рівному” традиційно розглядалася в соціальній роботі як технологія профілактики ранніх статевих стосунків, хвороб, що передаються статевим шляхом (ВІЛ/СНІДу), як технологія громадянського виховання, але може бути використаною і для профілактики жорстокого поводження з дітьми у сім'ї [3].

Ознаками цієї технології є:

- навчання рівних рівними;
- предметне спілкування, яке спрямоване на формування життєвих навичок і ціннісних орієнтацій щодо здорового способу життя; на активну участь у громадському житті і розв'язання проблем на основі молодіжної участі;

- поширення достовірної інформації про названі проблеми;
- поширення зразків власного прикладу життєвої позиції і досвіду подолання проблем;

- активні дії підлітків-інструкторів і педагогів-тренерів;
- спростування хибних уявлень, стереотипів про названі проблеми;

- спеціально організоване або неформальне спілкування однолітків між собою;

- надання ініціативи в передачі соціально значущої інформації молоддю, а не дорослими фахівцями.

Можливість цієї технології в профілактиці жорстокого поводження з дітьми у сім'ї:

- 1) вона дозволить дітям та підліткам займатися гендерною та економічною просвітою однолітків на базі розв'язання їх сім'єю та ними самими сімейних конфліктів і проблем цивілізованими і законними способами;

- 2) вона спонукає до самостійного розв'язання різноманітних проблем сім'ї, що буде зразком і для інших;

- 3) батьки можуть бути консультантами своїх та чужих дітей, їх батьків, що укріпить батьківський авторитет у сім'ї і надасть нового

змісту батьківсько-дитячим стосункам; буде предметом сімейного спілкування;

4) вона сприяє формуванню відповідальності, дисциплінованості, комунікативних, організаторських, проектувальних, гностичних, конструктивних умінь, які є складовою життєвих умінь і навичок;

5) дозволяє вдосконалити набуті знання про гендерну рівність.

Саме ці положення дозволяють розглядати технологію „рівний-рівному” як „допомогу для самопомоги” з акцентом на самопомогу на основі поточних консультацій, досвіду власної діяльності, можливостей суб’єкт-суб’єктного спілкування.

Ця технологія передбачає добровільність участі в ній непрофесіоналів (які взяли на себе на певний час за власним бажанням зобов’язання щодо роботи з неблагополучними сім’ями у напрямку попередження жорстокого поводження з дітьми у сім’ї, дотримуючись етики соціального працівника, у роботі з сім’єю). Отже, можливим є новий напрямок розвитку волонтерського руху – профілактика сімейного насильства.

Виходячи з того, що технологія „рівний-рівному” передбачає спеціальну підготовку лідерів із числа тих, хто найкраще опанував навчання, якісно і творчо виявив себе під час взаємодії з соціальним працівником і досяг успіху у розв’язанні власних проблем, то необхідно спочатку виявити цих лідерів, залучити їх до здійснення „допомоги для самопомоги” іншим, навчити їх цьому і консультувати під час роботи, координувати їх дії між собою.

Технологія розв’язує такі завдання: соціальної профілактики жорстокості; супровід неблагополучних сімей які проявляють жорстоке поводження з дітьми.

У першому випадку лідери самі можуть обирати тих, з ким працювати; у другому є конкретний клієнт (сім’я). Але в обох випадках лідери розв’язують такі завдання:

- визначають причину проблем сім’ї, враховуючи етику роботи з сім’єю, права членів сім’ї у родині, етап розвитку сім’ї, її структуру і ресурси;

- допомагають у розробці індивідуального плану супроводу;

- спілкуються у демократичному стилі, забезпечуючи позитивне ставлення до співпраці сім’ї із соціальним працівником.

Тематика роботи з дорослими, враховуючи їх рівень освіти та професію, життєвий досвід, може бути представлена так:

- права членів сім’ї, вміння їх реалізувати і захищати;

- техніка пошуку роботи;

- організація самозайнятості;

- подолання агресивності та залежності;

- роль сімей в економічному та соціальному житті громади, економічний потенціал сім’ї і шляхи його активізації.

Як свідчить міжнародний досвід, соціальний працівник діє як радник, координатор, фасилітатор на основі власного прикладу. Отже, він у роботі з неблагополучними сім'ями повинен демонструвати власний позитивний досвід розв'язування сімейних проблем.

Технологія „рівний – рівному” сприяє формуванню рис характеру і якостей, які складають основу попередження жорстокого поводження з дітьми у сім'ї, як у лідерів, так і в клієнтів, але різною мірою через самоосвіту і самовиховання, корекцію поведінки, спілкування, необхідних для [3]:

а) здійснення ефективної роботи з клієнтами;

б) участі клієнтів у роботі, їх розуміння інформації, сприйняття їх іншими людьми;

в) показ зразків, як ці якості і риси виробляли в собі інші люди та актуалізацію досвіду прояву цих якостей у членів сім'ї і тренерів, розвиток їх у нових умовах, що допомагає: тренерам побачити власну перспективу; сім'ї – як побачити перспективу та можливість її досягнення, так і свої недоліки у майбутньому. В обох випадках є робота, орієнтована на зону найближчого і перспективного розвитку;

г) включення в реальну діяльність по розв'язанню сімейних проблем чи її моделювання на заняттях у формі гри, аналізу ситуацій, що дозволяє сім'ї під контролем тренера одержати перший успіх і закріпити якості; а тренеру – знаходити нові шляхи розв'язання проблем, що сприяє формуванню творчості, толерантності.

Реальною основою такої діяльності може виступати: планування на основі нових цілей і моделі сімейного життя, обов'язків членів сім'ї, сімейного бюджету; аналіз ресурсів сім'ї, виявлення причин жорстокості і шляхів їх усунення на основі власних ресурсів і нових цілей і моделі сімейного життя; розробка нової моделі поведінки, режиму економії сімейного бюджету з урахуванням нових цілей сім'ї, розподіл хатньої роботи і спільного дозвілля членів сім'ї з урахуванням їх інтересів, потреб, на основі вибору і гендерної рівності; проведення сімейних рад та обговорень; ранжування альтернатив і аналіз перспектив тощо.

Особливої уваги у профілактиці жорстокого поводження з дітьми у сім'ї заслуговує *технологія формування критичного мислення*, яке є також основою формування життєвих, у т. ч. й тих, що мають економічне підґрунтя умінь і навичок. Ця технологія є в стадії розробки в Україні, розвивалася переважно в США [3].

Критичне мислення – це:

- здібність і готовність оцінювати ситуацію критично, але без упередження, відокремлювати істину від брехні, самостійно знаходити рішення і захищати істину у суперечці;

- використання когнітивних технік або стратегії, що збільшують імовірність одержання бажаного кінцевого результату;

- готовність до планування своєї діяльності; гнучкість як готовність до розгляду нових варіантів змінити власну точку зору,

наполегливість у роботі, готовність до виправлення власних помилок, самоусвідомлення розумового процесу, пошук компромісних рішень, що задовольняють більшість;

- здібність до прийняття розумних рішень: вміння знайти прозорі та плідні способи для характеристики чого-небудь;

- ретельні роздуми, що базуються на фактах та знаннях, можливості або альтернативах дій;

- оцінка вже відпрацьованих дій та зробленого вибору [1; 2].

Отже, критичне мислення виявляється в інтегральній якості особистості, яка виражається в уміннях приймати розумні рішення, знання, які дозволяють це робити, оціночному ставленні до оточення, людей, себе. Саме критичне мислення є умовою успішної економічної діяльності у ринкових умовах, подолання сімейних конфліктів і вирішення проблем на основі усвідомленого підходу до них. Критичне мислення протистоїть афективним діям, виключає упередження, означає відхід від стереотипів, пошук спільних інтересів і переваг і опору на них.

Критичне мислення формується завдяки: критичній освіті; соціальному навчанню, яке передбачає критичний підхід до розв'язання проблем і ситуацій; предметному спілкуванню із спрямованістю на всебічний розгляд проблем та їх оптимальне розв'язання (гра „Дебати”, раціональні переговори); рефлексії власного досвіду розв'язання проблем. Розкриємо названі шляхи формування критичного мислення у соціальній роботі з сім'єю.

Критична освіта – це педагогічна концепція П. Фрейре, що ґрунтується на ідеї про те, що будь-яка людина здатна оцінювати оточуючий її світ. Людина оцінює своє особисте і соціальне життя, що є основою його перетворення на основі критичного усвідомлення реальності. За цією концепцією [3, с. 30]:

- людина і спеціаліст є суб'єктами освіти; об'єктом освіти є весь оточуючий світ і сама людина;

- зміст освіти розробляється з урахуванням інтересів особистості; реальність відбивається спеціалістом у проблемній формі для сприйняття та аналізу;

- цілі освіти відбивають сподівання тих, хто навчається;

- навчання – це творчість, тому знання підлягає сумніву, стимулює діалог, критику і творчу активність;

- засобами навчання є діалог, звільнення, культурний вплив;

- наслідком навчання є те, що відбувається радикальна зміна реальності у відповідності до людських потреб;

- наявність проблеми стимулює пошук її вирішення.

Слід відзначити, що в соціальній роботі з сім'єю ці ідеї можуть бути застосованими у соціальному навчанні і консультуванні, але тільки якщо будуть поєднуватися з ідеями педагогічної підтримки і збагачення (укріплення) сімей, оскільки самокритика і критика у групі знизять і без того низьку самооцінку членів сімей з купою нерозв'язаних проблем, які

звернулися по допомогу. Тому більш доцільним є використання прийомів формування критичного мислення у соціальному навчанні сімей. До них належать [3]:

- рекомендації ведення щоденника критичних роздумів (думки, плани, питання, сумніви, реакції, тривоги тощо);
- взаємне рецензування виконаних виправ і їх обговорення;
- підготовка оціночного нарису-роздуму про соціальне навчання сім'ї;
- рефлексія: усне або письмове відновлення послідовності виконаних дій, аналіз їх ефективності, формування результатів, постановка майбутніх цілей тощо;
- вільний обмін думками, дискусії;
- наведення аналогій;
- моделювання;
- створення протиріч, їх розв'язання; спонукання до самооцінки;
- порівняння і виділення головного;
- використання різних видів аналізу ситуацій;
- показ альтернативного або спонукання до їх пошуку;
- рольова гра, обмін ролями;
- спонукання до логічних висновків;
- постановка питань до проблеми;
- розділ думок, почуттів і дій та їх аналіз з огляду на необхідність розв'язання проблеми;
- вибір дій на основі різних засад і прогнозування можливих ризиків, переваг і збитків, недоліків для кожного члена сім'ї.

Застосування вже самих цих прийомів реалізує принципи виховуючого навчання через організацію соціального навчання, а наповнення їх профілактичним змістом сприяє формуванню ненасильницької спрямованості у членів сім'ї, дозволяє набутти соціальної незалежності.

Таким чином, ми розглянули систему соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми у сім'ї, яка характерна для сучасної практики соціальної роботи України. Вона може бути, як було зазначено вище, первинною, вторинною і третинною, а основою соціальної профілактики ми вважаємо концепцію „допомоги для самопомоги”.

Список використаної літератури

1. Боднар В. Є. Підготовленість дільничних інспекторів міліції до попередження насильства у сім'ї / В. Є. Боднар // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць / За ред. С. Д. Максименка. – К. : Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка АПН України, 2005. – Т. VII. – Вип. 4. – С. 23 – 29.
2. Дмитренко М. І. Попередження насильства в сім'ї / М. І. Дмитрієнко, М. В. Торопін, П. О. Власов. – Дніпропетровськ. – 2001. – 50 с.
3. Запобігання насильству в сім'ї : [посібник дільничних

інспекторів міліції]. – К., 2004. – 83 с. **4. Социальная педагогика** : [курс лекцій / под ред. М. А. Галагузовой]. – М., 2000. – 328 с.

Тараненко А. О. Система соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми в сім'ї в діяльності соціальних служб України

У даній статті визначено сутність поняття „профілактика”, її зміст, види та форми в межах профілактики жорстокого поводження з дітьми, а також здійснено аналіз системи соціальної профілактики жорстокого поводження з дітьми в сім'ї в діяльності соціальних служб України

Ключові слова: профілактика, критична освіта, насильство над дітьми, жорстоке поводження з дітьми, профілактика жорстокого поводження з дітьми у сім'ї.

Тараненко А. А. Система социальной профилактики жестокого обращения с детьми в семье в деятельности социальных служб Украины

В данной статье определена сущность понятия „профилактика”, ее содержание, виды и формы в пределах профилактики жестокого обращения с детьми, а также осуществлен анализ системы социальной профилактики жестокого обращения с детьми в семье в деятельности социальных служб Украины.

Ключевые слова: профилактика, критическое образование, насилие над детьми, жестокое обращение с детьми, профилактика жестокого обращения с детьми в семье.

Taranenko A. Sistema social prevention of legal cruelty with children in family in activity of social services of Ukraine

This article explains the purpose of the concept of „prevention”, its meaning, types and forms within the prevention of child abuse, as well as the analysis of social prevention of child abuse in the family to social services Ukraine

Key words: prevention, critical education, child abuse, child abuse, prevention of child abuse in the family.

Відомості про авторів

1. Акіншева Анастасія Валеріївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Гаміна Тетяна Сергіївна.

2. Алексєнцева Юлія Констянтинівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

3. Апостолова Валентина Анатоліївна – студентка 3 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – асистент кафедри соціальної роботи Івченко Тетяна Володимирівна.

4. Безкоровайна Ольга Геннадіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна.

5. Божко Катерина Олегівна – студентка 2 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – асистент кафедри соціальної роботи Степаненко Вікторія Іванівна.

6. Ветрова Юлія Валеріївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

7. Віговська Ірина Ігорівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

8. Воблікова Юлія Сергіївна – студентка 1 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., старший викладач кафедри соціальної роботи Ігнатенко Катерина Володимирівна.

9. Воротилко Ганна Сергіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

10. Гіренко Тетяна Олександрівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

11. Глушко Роман Володимирович – магістрант Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна.

12. Грішанова Олена Олександрівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна.

13. Гусєв Олексій Миколайович – магістрант Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

14. Єфремова Крістіна Ігорівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

15. Зайцева Катерина Юріївна – студентка 2 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – асистент кафедри соціальної роботи Степаненко Вікторія Іванівна.

16. Заливацька Карина Сергіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Гаміна Тетяна Сергіївна.

17. Кравцов Анатолій Миколайович – магістрант Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи Жевакіна Наталія Володимирівна.

18. Лаврова Марина Олексіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна

19. Лазуренко Ірина Анатоліївна – студентка 2 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., старший викладач кафедри соціальної роботи Ігнатенко Катерина Володимирівна.

20. Літвінова Світлана Іванівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна.

21. Ляшенко Марина Юріївна – студентка 2 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – асистент кафедри соціальної роботи Степаненко Вікторія Іванівна.

22. Майба Артем Андрійович – студент 1 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., старший викладач кафедри соціальної роботи Ігнатенко Катерина Володимирівна.

23. Мілашова Альона Михайлівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

24. Могільний Дмитро Анатолійович – магістрант Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

25. Об’єдкова Ольга Олександрівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Гаміна Тетяна Сергіївна.

26. Обухова Олена Сергіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доц. кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

27. Осмолівська Юлія Леонідівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

28. Пугачова Аліна Сергіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

29. Романік Євген Володимирович – магістрант Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Маркова Наталія Володимирівна.

30. Савченко Аліна Станіславівна – студентка 3 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – асистент кафедри соціальної роботи Івченко Тетяна Володимирівна

31. Скоробогатов Степан Олександрович – студент 4 курсу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Гаміна Тетяна Сергіївна.

32. Сьомкіна Яна Сергіївна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доц. кафедри соціальної роботи Акіншева Ірина Петрівна.

33. Тараненко Анна Олександрівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доцент кафедри соціальної роботи Песоцька Ольга Петрівна.

34. Тютюнник Олександра Олегівна – магістрантка Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доц. кафедри соціальної роботи
Акіншева Ірина Петрівна.

35. Федулова Альона Олександрівна – магістрантка
Луганського національного університету імені Тараса Шевченка,
спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи
Гаміна Тетяна Сергіївна.

36. Фролова Анастасія Миколаївна – магістрантка
Луганського національного університету імені Тараса Шевченка,
спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи
Жевакіна Наталія Володимирівна.

37. Хвостова Карина Леонідівна – магістрантка Луганського
національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності
„Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н, доцент кафедри соціальної роботи
Гаміна Тетяна Сергіївна.

38. Черепня Вікторія Леонідівна – магістрантка Луганського
національного університету імені Тараса Шевченка, спеціальності
„Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доц. кафедри соціальної роботи
Акіншева Ірина Петрівна.

39. Шайхутдінова Ельвіра Султановна – студентка 2 курсу
Луганського національного університету імені Тараса Шевченка,
Інституту історії, міжнародних відносин та соціально-політичних наук,
спеціальності „Соціальна робота”.

Науковий керівник – к.п.н., доц. кафедри соціальної роботи
Акіншева Ірина Петрівна.

Наукове видання

НАУКОВИЙ ПОШУК МОЛОДИХ ДОСЛІДНИКІВ

Соціально-гуманітарні науки

№ 6 (червень) 2014

Збірник наукових праць студентів

Відповідальний за випуск:

старший викладач кафедри соціальної роботи

К. В. Ігнатенко

Здано до склад. 28.02.2014 р. Підп. до друку 28.03.2014 р.
Формат 60x84 1/8. Папір офсет. Гарнітура Times New Roman.
Друк ризографічний. Ум. др. арк. 31,50. Наклад 100 прим. Зам. № 40.

Видавець і виготовлювач

Видавництво Державного закладу

**„Луганський національний університет імені Тараса
Шевченка”**

вул. Оборонна, 2. м. Луганськ, 91011. Тел./факс: (0642) 58-03-20

e-mail: alma-mater@list.ru

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3459 від 09.04.2009 р.